

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundaçao Oswaldo Cruz

1978  2018

Primary Health Care
Health for All



ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE: ESTRATÉGIA CENTRAL PARA A SUSTENTABILIDADE DO SUS – CELEBRANDO OS 40 ANOS DE ALMA ATA

Erno Harzheim, Secretário de Saúde de Porto Alegre

Erika Rodrigues de Almeida, DAB/SAS/MS f

Daniel Soranz, FIOCRUZ/RJ f

Coordenação: Lígia Formenti, O Estado de São Paulo

DANIEL SORANZ

MD, Ph.D

MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
PROFESSOR;/ PESQUISADOR
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ
MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL

Rio de Janeiro, 28 de novembro de 2018

EQUIPE PARQUE OSWALDO CRUZ

(“PARQUE OSWALDO CRUZ” TEAM 2008)



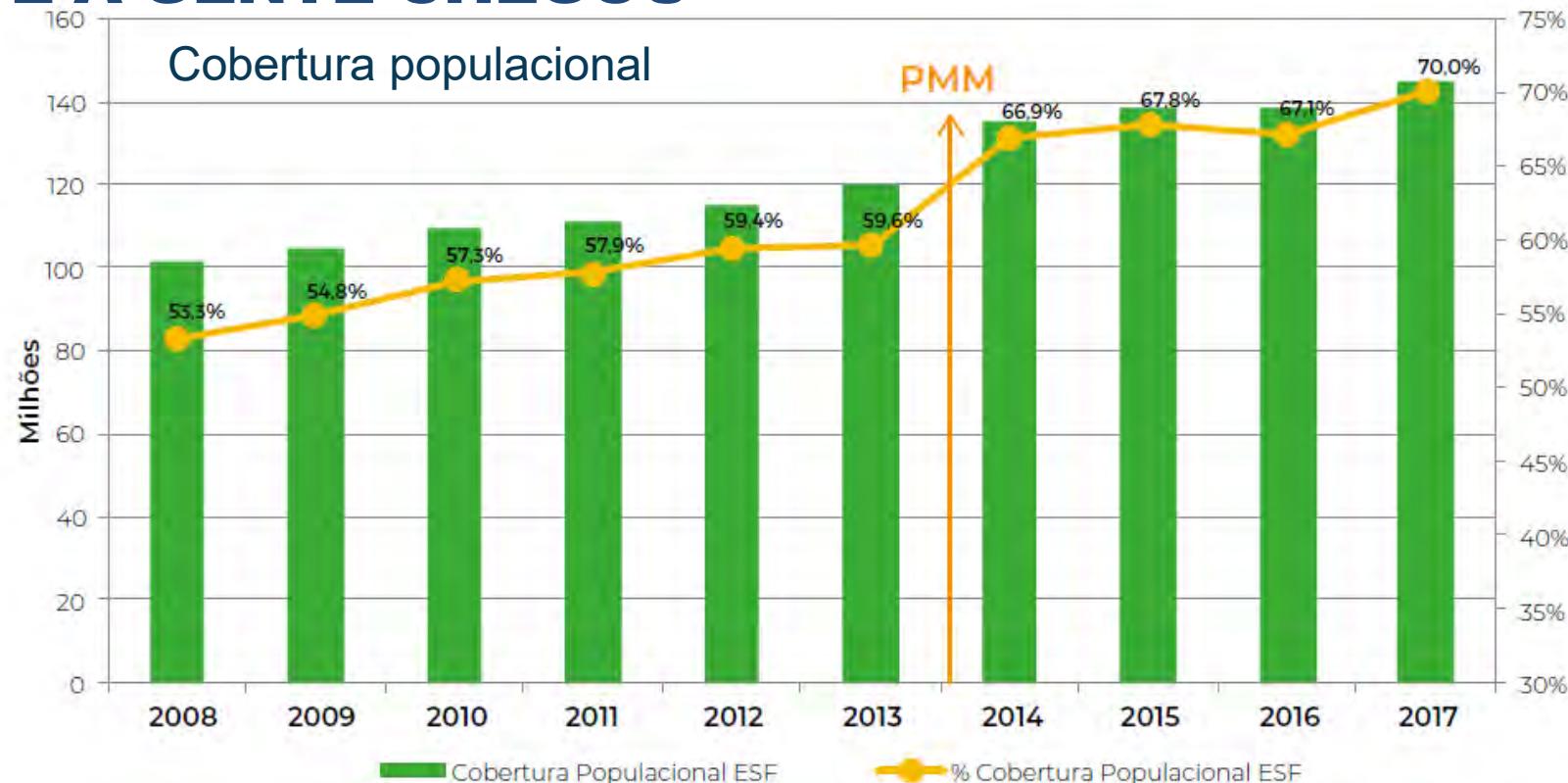
28-nov-18

1



Daniel Soranz
Medico de Família e Comunidade
Equipe Parque Oswaldo Cruz

RESPEITE QUEM PODE CHEGAR ONDE A GENTE CHEGOU



Fonte: OPAS/OMS Brasil com dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.
Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília : OPAS; 2018

ORGULHO DA NOSSA CONSTITUIÇÃO

Carta de Ottawa: 1986; VIII Conferência Nacional de Saúde: 1986; Constituição Federal: 1988; Leis do SUS (8.080 e 8.142): 1990

Art. 196: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Lei 8.080 (art.2º): “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (par. 3º).

ORGULHO DE VIVER EM UM PAIS QUE TEM O SUS

Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

Em 1988, Constituição Federal com amplas características de promoção de saúde

1986-1988 – Constituinte com participação da corrente de pensamento e ação política do Movimento da Reforma Sanitária.

**1986 – VIII Conferência Nacional de Saúde,
(participação da saúde pública e segmentos populares.)**

“O Dilema Preventivista” (Sérgio Arouca, 1975)

Os Projetos Comunitários e a atenção primária (Montes Claros e Niterói)

ORGULHO

1978

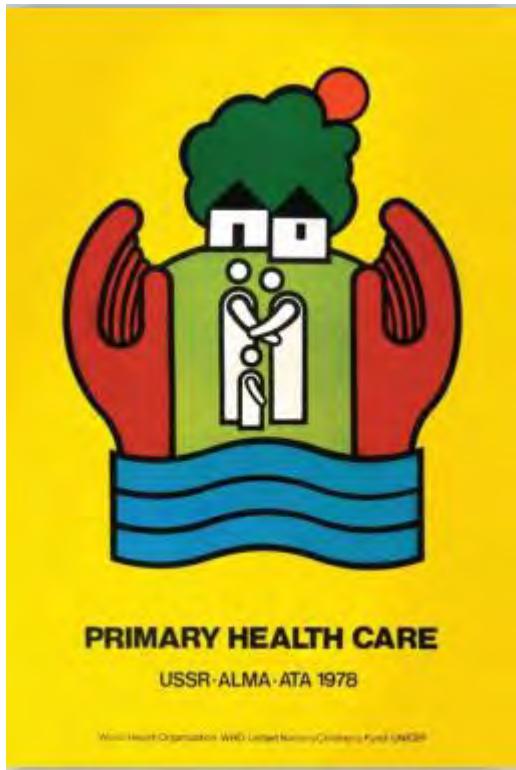


2018

Primary Health Care

Health for All

Saúde para Todos no Ano 2.000 (1977) – 30a. Assembleia Mundial de Saúde



- **Conferência - Internacional sobre Atenção Primária de Saúde (1978) – Declaração de Alma Ata**

Sociedades engajadas na garantia de ambientes saudáveis com prioridade de proteger a saúde das pessoas.

Cuidados de saúde disponíveis e acessível para todos, em todos os lugares

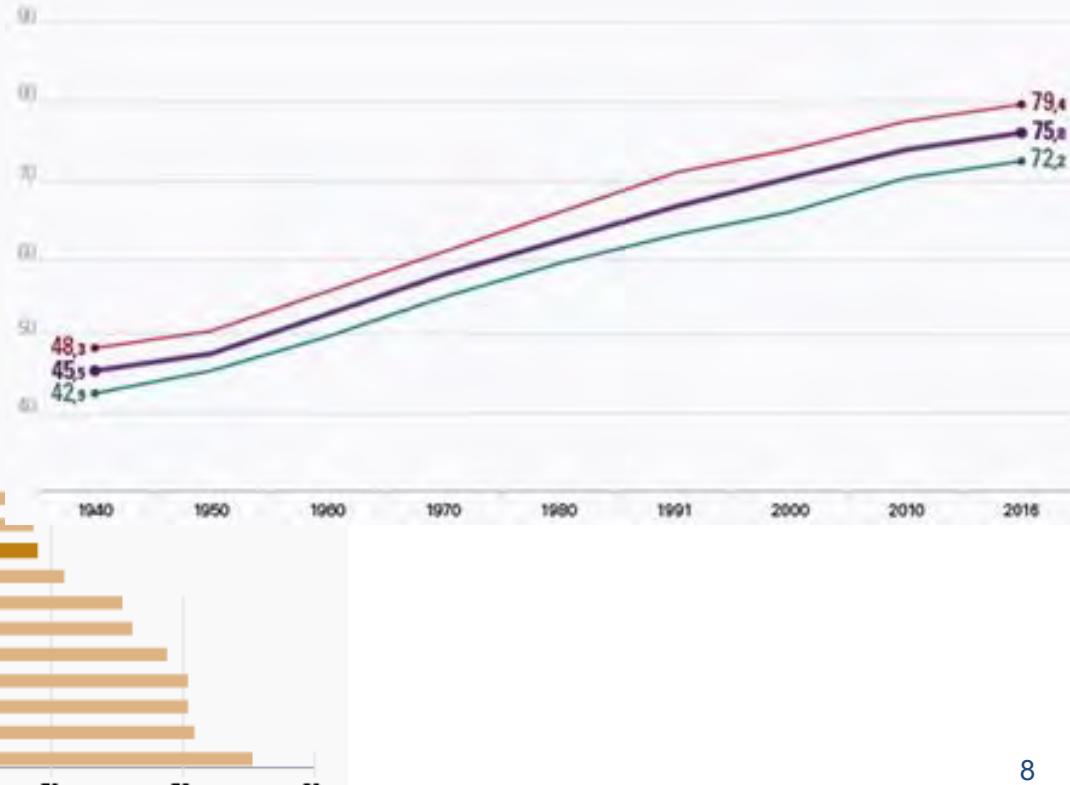
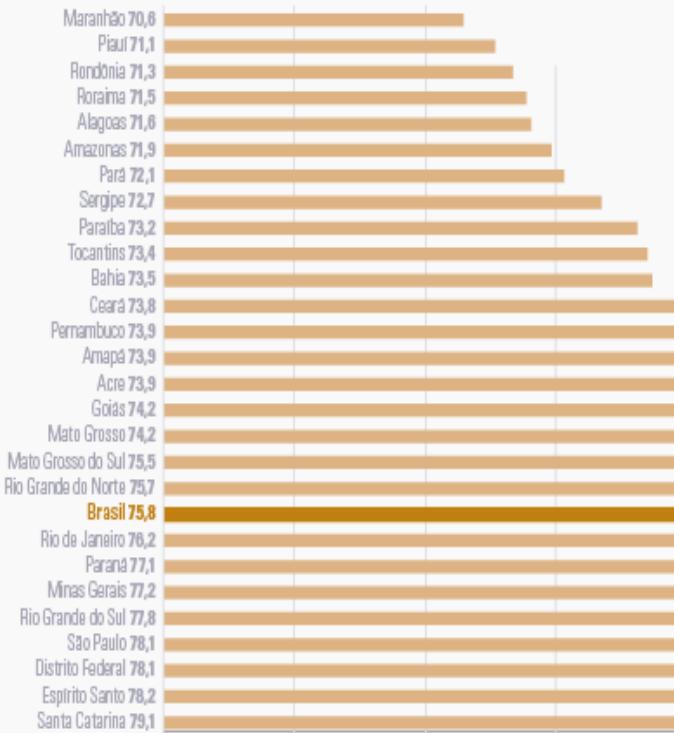
Cuidados de saúde de boa qualidade e integral que trata as pessoas com respeito e dignidade

Pessoas engajadas em seus próprios saúde.

RESULTADOS

Expectativa de vida ao nascer no Brasil | UF

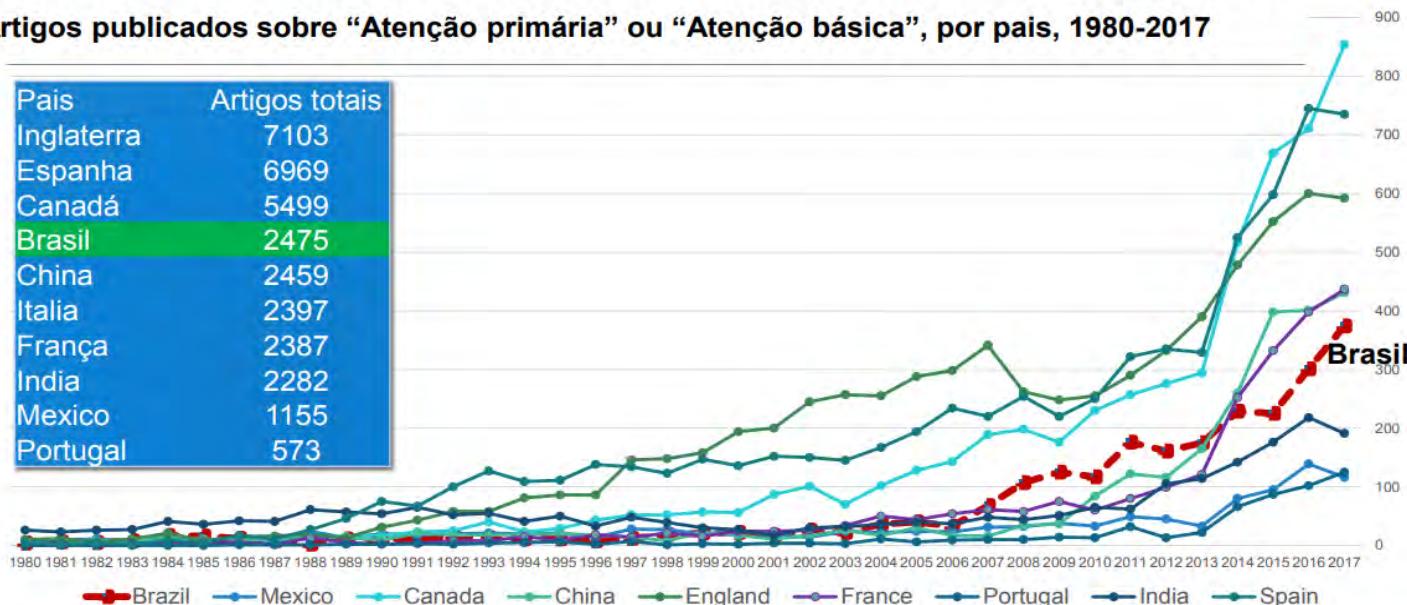
Total 2016



EVIDÊNCIA CIENTÍFICAS SOLIDAS

O Brasil tornou-se reconhecido internacionalmente como líder e inovador na área de atenção primária comunitária.

Artigos publicados sobre “Atenção primária” ou “Atenção básica”, por país, 1980-2017



Fonte: US National Library of Medicine PubMed database.

Obs: Algumas revistas brasileiras não foram indexadas no PubMed até os anos 90 ou apos.

37

Macinko J e Mendonça CS, Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, volume 42, número especial 1 Rio de Janeiro, set 2018 issn 0103-1104

[Impacto da APS na redução das desigualdades em saúde e na melhora dos indicadores de saúde no Brasil e no mundo. James Macinko, Universidade de Califórnia, Los Angeles, Estados Unidos.](#)

EVIDÊNCIAS

Conclusões

Evidência de nível individual de um país de renda média demonstra que a atenção primária está associada a menor risco de mortalidade por condições sensíveis à atenção primária.

A ênfase contínua da atenção primária como parte da agenda de UHC é essencial - especialmente para fornecer ganhos em saúde a baixo custo para populações historicamente carentes.

EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

Volume 28 Supplement 4

<https://academic.oup.com/eurpub>

The impact of primary care services on mortality in an urban slum population in Rio de Janeiro: Thomas Hone 

T Hone , CM Coeli, A Trajman, D Rasella, W Tassinari, B Durovni, C Millett

European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_4, 1 November 2018, cky213.424, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky213.424>

Published: 21 November 2018



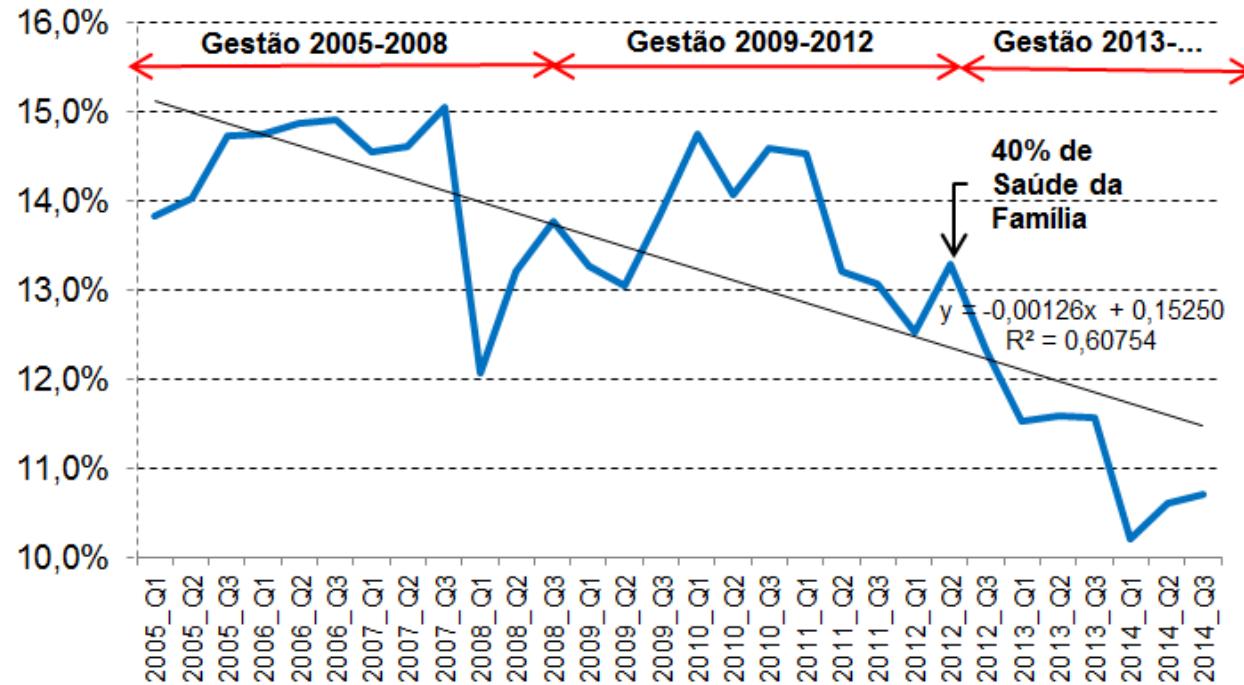
Guest Editors:

Ivan Erzen
Tit Albrecht
Dineke Zeegers Paget



PARTICIPAÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM RELAÇÃO AO TOTAL DE INTERNAÇÕES ENTRE OS RESIDENTES DO MRJ - 2005-2014

PARTICIPATION OF THE ADMISSIONS DUE TO CAUSES SENSITIVES TO THE PRIMARY HEALTH CARE ACCORDING TO THE TOTAL OF ADMISSIONS IN BETWEEN THE RESIDENTS OF THE MRJ - 2005-2014



Fonte: Elaboração própria, a partir do SIH-SUS, arquivos reduzidos, disponível em DATASUS/Ministério da Saúde, fevereiro de 2016.

Nota: A tabela considera as internações registradas que possuíam como local de ocorrência (MUNIC_MOV) e local de residência (MUNIC_RES), o município do Rio de Janeiro (código-IBGE 330455).

Is primary care essential?

Barbara Starfield

Primary care is widely perceived to be the backbone of a national health services system. But is this perception correct? Some see it as an instrument in the prevention and control of disease, others as the social institution to which patients are entitled. When primary care physicians act as "gatekeepers" to specialist services, what is the effect on outcome? How many general practitioners are needed in a primary-care-oriented system? In this paper I address these and other questions. Let me begin with definitions.

What is primary care?

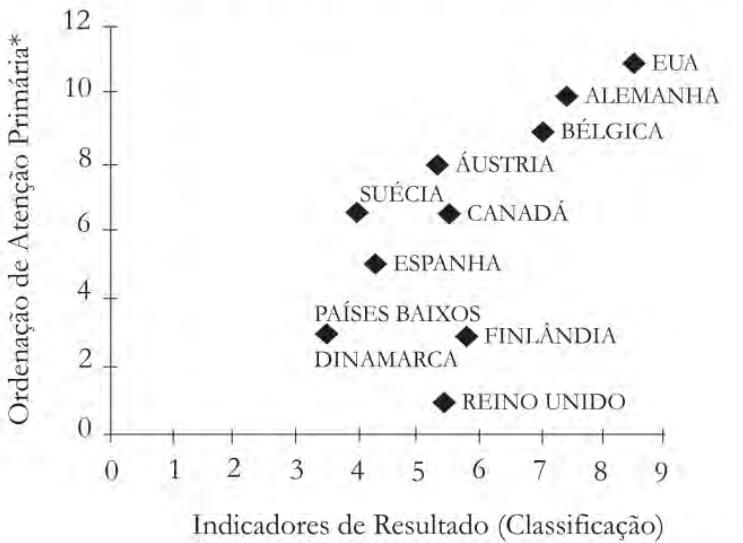
The conference convened by the World Health Organization at Alma-Ata in 1978, and 103 countries, proposed a "widely available, socially acceptable, universally acceptable, affordable cost, central function and main focus of overall social and economic development, first-level access to family health care and community health care process. Social planning for primary care requires a conceptualization that is easily and uniformly understood, implemented, and assessable in measurement."

Primary care is a distinctive, continuous, comprehensive, and coordinated care provided to populations undifferentiated by gender, disease, or organ systems. The elements of first contact, continuity, comprehensiveness, and coordination are included in the definition of primary care by the World Health Organization and commissions.¹⁻⁴ When viewed from the perspective of populations as well as individual patients, a health system that seeks to achieve these four elements will be achieving what was envisioned in the Alma-Ata Declaration.

Primary care is only one level of a health system, albeit a central one. Other essential levels of care include secondary care, tertiary care, and emergency care (especially as an emergency room). Primary care and tertiary care are distinguished by their duration as well as by the relative immunomobility of problems that justify them. Secondary care is continuous, usually short-term in nature, for the purpose of helping primary care physicians with the diagnosis or therapeutic dilemmas. Secondary care may be provided by informal consultations of secondary-care physicians with primary-care physicians, by the visits of secondary-care physicians to primary-care facilities for the purpose of advising on management of patients with particular disorders (eg, diabetes), or by short-term referral of patients. Tertiary care, in contrast, is care for patients with disorders that are unusual in the population.

Government of Health Policy and Management, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD 21205, USA (Dr Barbara Starfield MD, MPH).

Relação entre a força da atenção primária e os resultados combinados.



* 1 = melhor, 11 = pior

BARBARA STARFIELD

ATENÇÃO PRIMÁRIA

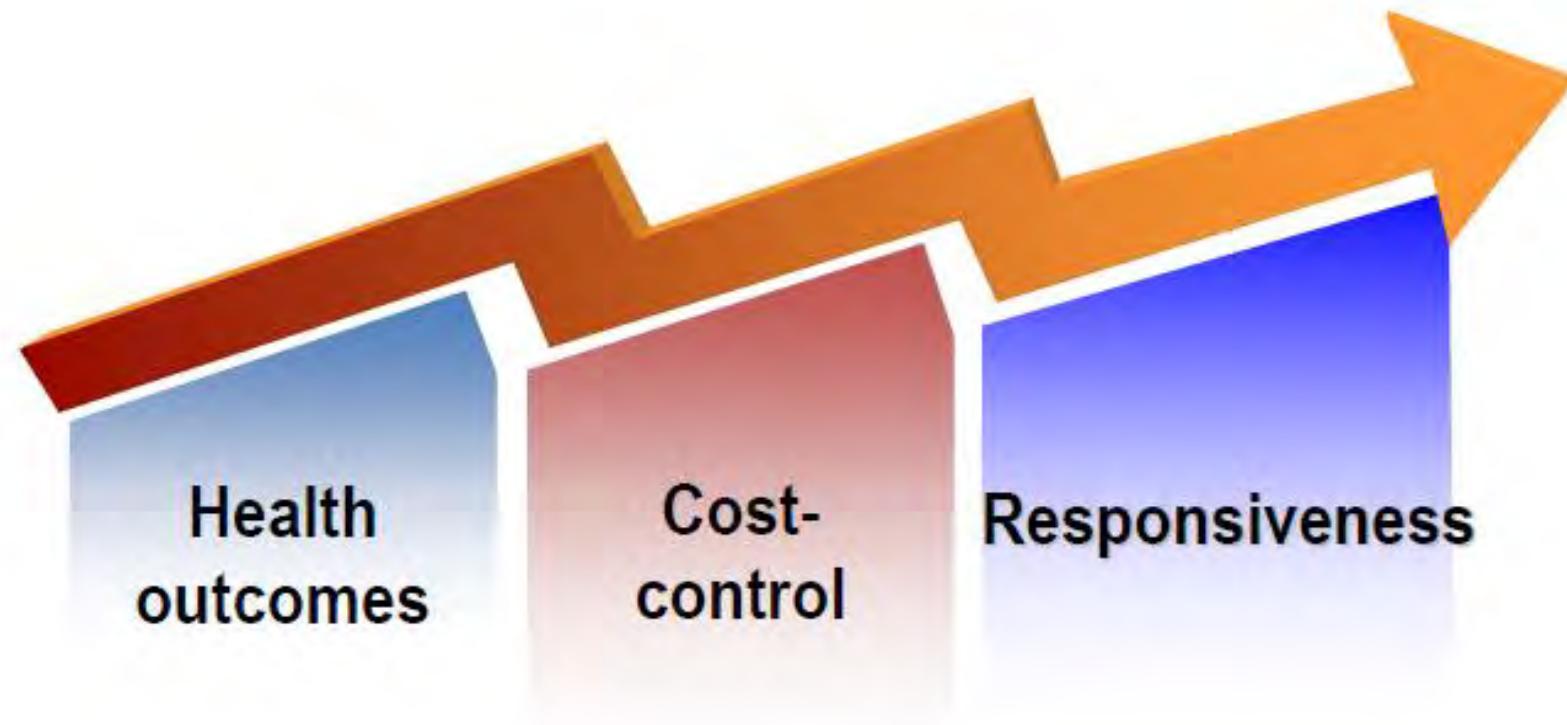
EQUILÍBRIOS ENTRE NECESSIDADES DE SAÚDE, SERVIÇOS E TECNOLOGIA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

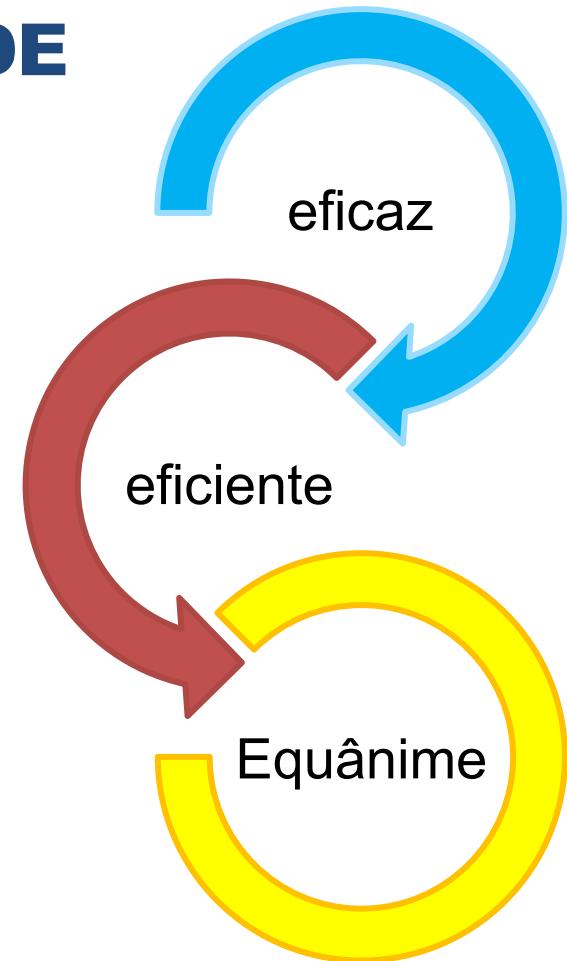
GOVERNO FEDERAL

MAIS CUIDADOS PRIMÁRIOS...

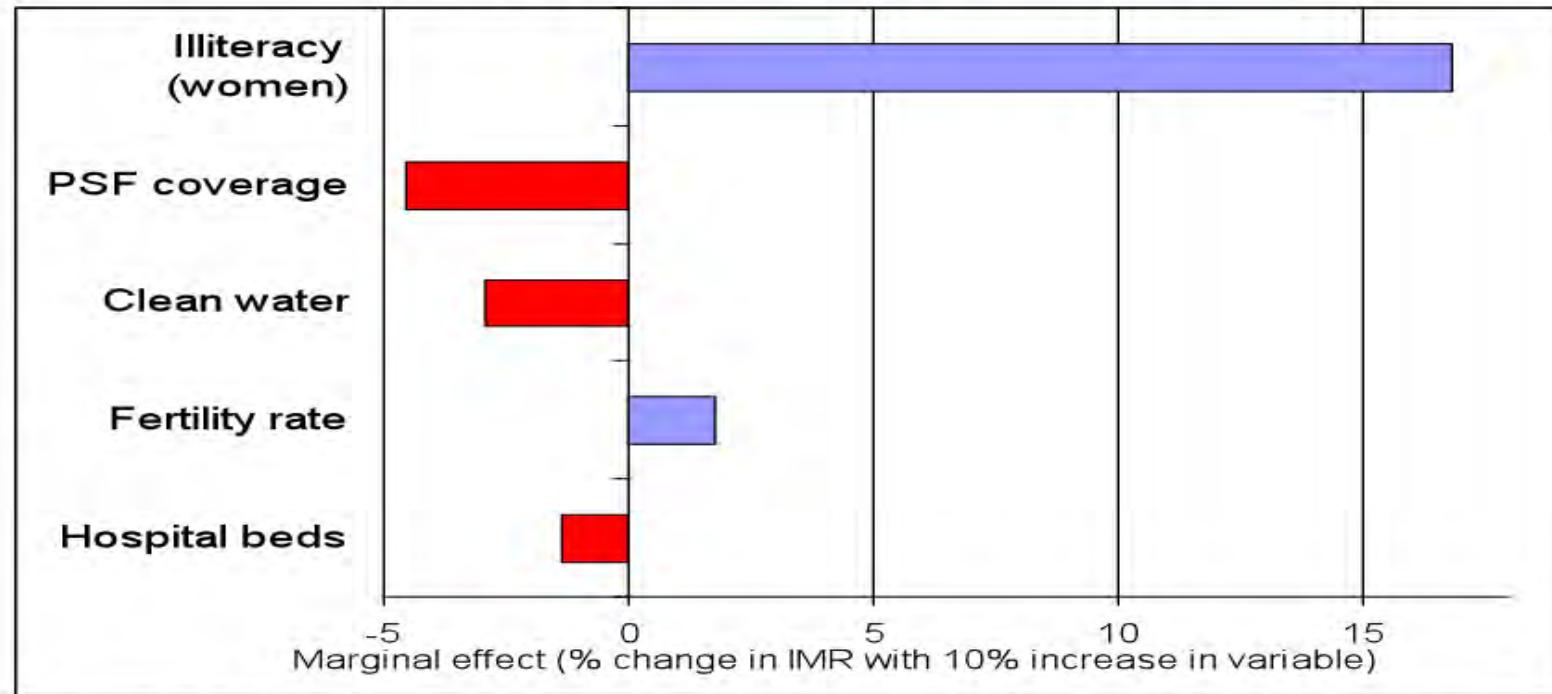


ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é mais eficiente e equânime deve ser a abordagem principal para melhorar a saúde, tornando-se uma base necessária para alcançar a garantia de um sistema de saúde universal



Impact of PSF Coverage on Infant Mortality in Brazilian States, 1990-2002: Marginal Effects*



*Based on 2-way fixed effects model of Brazilian states, 1990-2002, n=351 $R^2=0.90$. Non-significant ($p>0.05$) control variables, including physician and nurse supply and sewage not shown.

“LEI DE CUIDADOS INVERSOS”

“A disponibilidade de cuidados médicos de qualidade tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida.”

“A lei de cuidados inversos opera mais forte onde cuidados médicos é mais exposto as forças do mercado, e menos onde tal exposição é menor.”



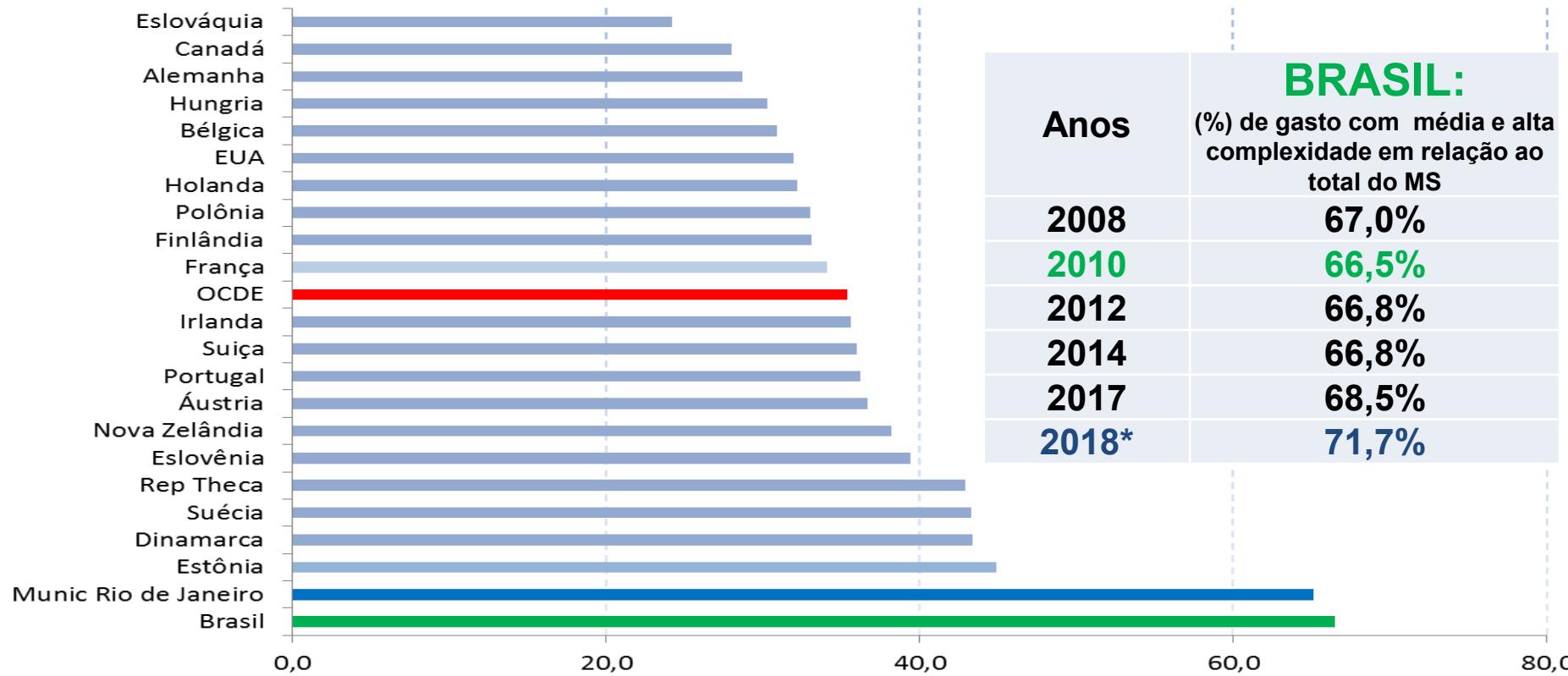
Julian Tudor Hart

Radical general practitioner. He was born in London, UK, on March 9, 1927, and died from complications of a bowel perforation in Swansea, UK, on July 1, 2018, aged 91 years.

For Julian Tudor Hart's paper on the inverse care law see *Lancet* 1971; 297: 405-12

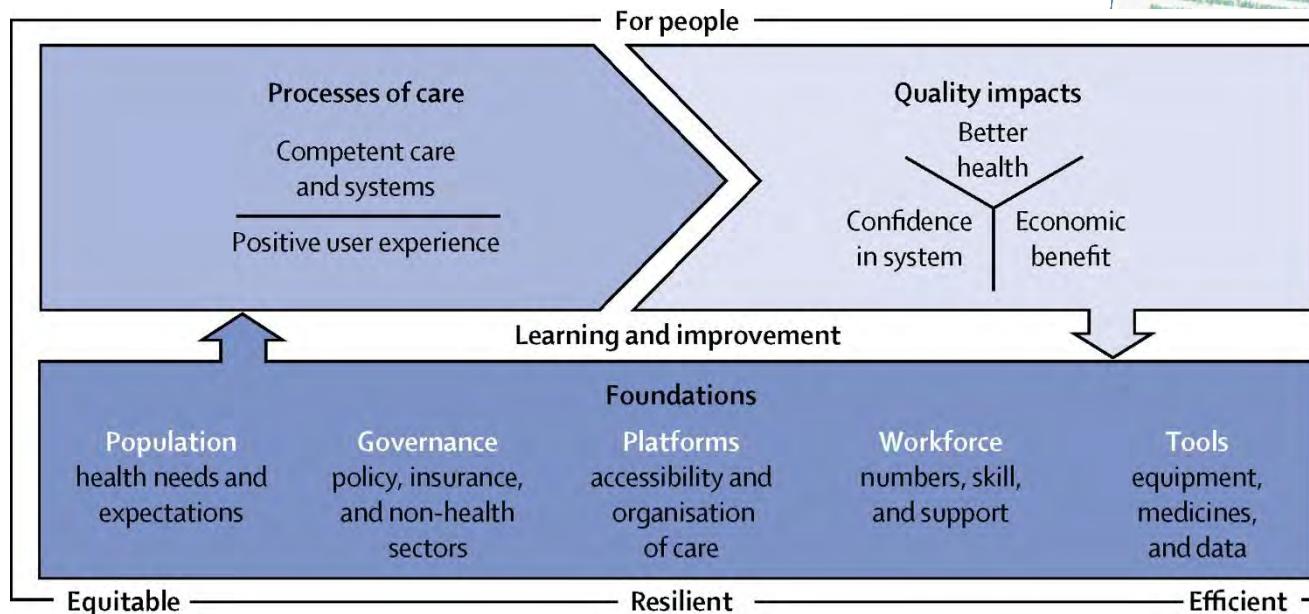
A visionary general practitioner (GP) who spent his career practising what he preached, Julian Tudor Hart is best known as the author of the inverse care law: “The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served.” Like Karl Marx, his guiding inspiration, Tudor Hart believed that it was not enough to have a theory. His theory must be applied.

PARTICIPAÇÃO (%) DOS SERVIÇOS HOSPITALARES NA DESPESA TOTAL DE SAÚDE - 2010



Brasil:	(%) de gasto com média e alta complexidade em relação ao total do MS
2008	67,0%
2010	66,5%
2012	66,8%
2014	66,8%
2017	68,5%
2018*	71,7%

ESTRUTURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE ALTA QUALIDADE



Kruk M et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution.

The Lancet Global Health Commission, September 05, 2018

Copyright © 2018 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license [Terms and Conditions](#)



low-income patients several health needs, such as health care to produce health. But most these systems are run by managers, and they should be some partners in the diagnosis and treatment of cancer. Can be no less for conditions that require timely actions, reducing choices of survival. At the system level, we found major gaps in safety, prevention, integration, and continuity, reflected by serious platforms of care. One in three people across systems in the areas of attention, respect, communication, and length of visit points of care are concerning on the outcome end of these experiences were disregarded treatment and abuse. Quality of care is worst for vulnerable groups, including the poor, less educated, and minorities, those with segregated conditions, and those at the edges of health systems, such as people in prisons.

Universal health coverage (UHC) can be a starting point for improving the quality of health systems. Improving quality should be a core component of UHC initiatives, alongside expanding coverage and financial protection. Governments should start by establishing a level of quality guarantee for health services, specifying what can be expected. To ensure that all people will benefit from improved services, expansion should prioritize the poor and that health needs from the start. Progress on UHC should be measured through efficient, quality-controlled coverage.

members and children receive less than half of recommended clinical actions in a typical provider or cancer visit, than half of suspected cases of tuberculosis are correctly managed, and fewer than one in two people diagnosed with major depressive disorder receive internally adequate treatment. Diagnoses are frequently incorrect for several conditions, such as pneumonia, myocardial infarction, and newborn asphyxia. Care can be no less for conditions that require timely actions, reducing choices of survival. At the system level, we found major gaps in safety, prevention, integration, and continuity, reflected by serious platforms of care. One in three people across systems in the areas of attention, respect, communication, and length of visit points of care are concerning on the outcome end of these experiences were disregarded treatment and abuse. Quality of care is worst for vulnerable groups, including the poor, less educated, and minorities, those with segregated conditions, and those at the edges of health systems, such as people in prisons.

Universal health coverage (UHC) can be a starting point for improving the quality of health systems. Improving quality should be a core component of UHC initiatives, alongside expanding coverage and financial protection. Governments should start by establishing a level of quality guarantee for health services, specifying what can be expected. To ensure that all people will benefit from improved services, expansion should prioritize the poor and that health needs from the start. Progress on UHC should be measured through efficient, quality-controlled coverage.

Efficient

Health systems are often inadequate, and present common acute conditions and conditions, and widespread populations facing the worst, a range of countries and conditions, despite efforts in quality of care. In LMICs, more than 8 million people per year in LMICs die from non-communicable diseases, and more than 350 million, three deaths measured in US dollars as economic losses. Poor-quality care is now a bigger killer, reducing mortality and non-communicable diseases. Poor-quality care, whether due to non-communicable diseases, or from non-utilization of the health system. High-quality health systems could prevent 2-3 million deaths each year in LMICs.

ASPECTOS DO CUIDADO QUE DISTINGUEM CUIDADOS DE SAÚDE CONVENCIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conventional ambulatory medical care in clinics or outpatient departments	Disease control programmes	People-centred primary care
Focus on illness and cure	Focus on priority diseases	Focus on health needs
Relationship limited to the moment of consultation	Relationship limited to programme implementation	Enduring personal relationship
Episodic curative care	Programme-defined disease control interventions	Comprehensive, continuous and person-centred care
Responsibility limited to effective and safe advice to the patient at the moment of consultation	Responsibility for disease-control targets among the target population	Responsibility for the health of all in the community along the life cycle; responsibility for tackling determinants of ill-health
Users are consumers of the care they purchase	Population groups are targets of disease-control interventions	People are partners in managing their own health and that of their community

Fonte: World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever. Geneva, Switzerland, 2008.

ESPECIALISTAS

... o fracasso em reconhecer que os resultados de observações especializadas são, quando muito, apenas verdades parciais, que precisam ser corrigidas com fatos obtidos por estudo mais amplo.

... Não existe membro mais perigoso da nossa profissão do que aqueles nela nascidos, os especialistas.

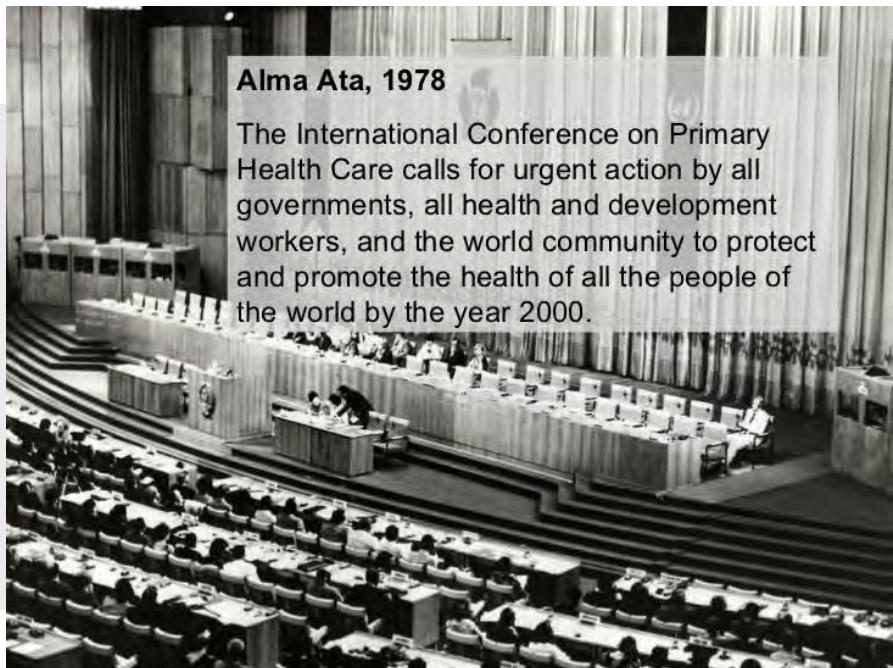
Osler, 1892

CAMINHOS A ESCOLHER (PATHWAYS TO CHOOSE)



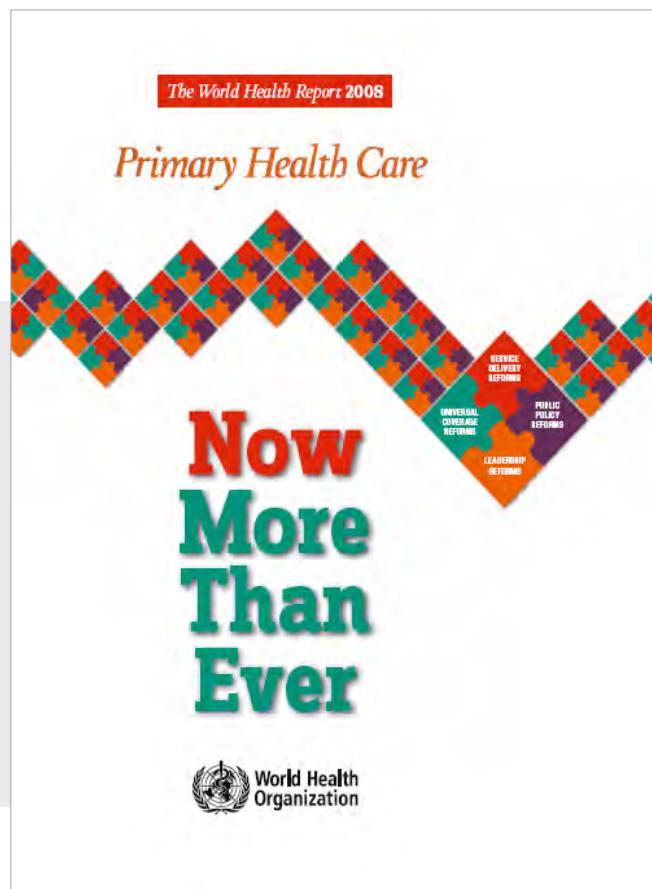
AGORA MAIS QUE NUNCA

NOW MORE THAN EVER



Alma Ata, 1978

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world by the year 2000.



http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf



ESTRUTURA

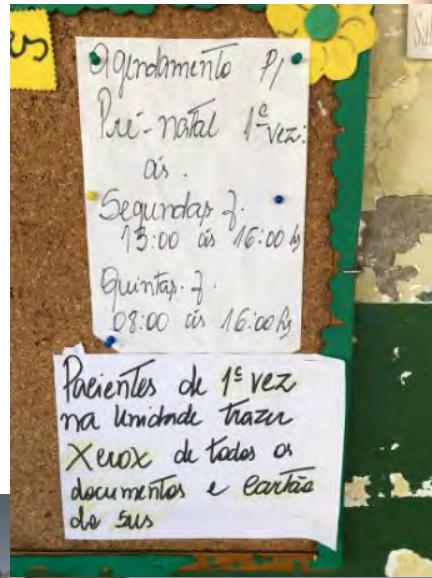
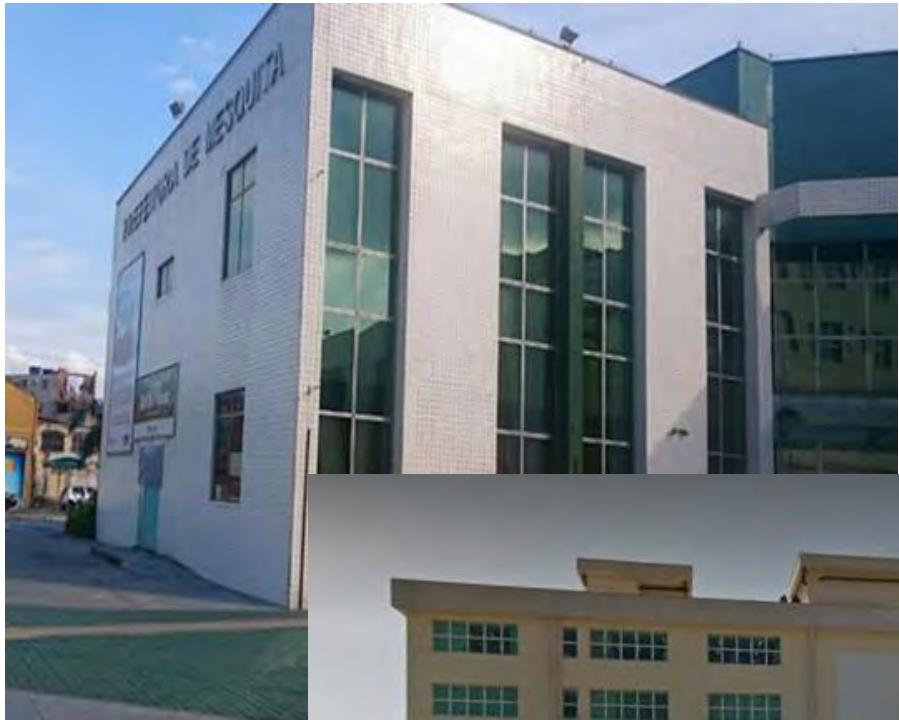
STRUCTURE

ESTRUTURA FÍSICA

Prevalências de estrutura adequada de materiais, medicamentos e física, para atenção à pessoa com diabetes, das unidades básicas de saúde (UBS) dos Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de acordo com as características dos municípios. Brasil, 2012 e 2014 (N = 13.041).

Variáveis	Estrutura de materiais adequada		Estrutura de medicamentos adequada		Estrutura física adequada	
	2012	2014	2012	2014	2012	2014
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Região						
Norte	5,1 (3,6; 6,6)	5,8 (4,1; 7,4)	29,4 (26,3; 32,6)	38,7 (34,6; 42,7)	8,0 (6,1; 9,9)	14,1 (11,6; 16,6)
Nordeste	1,9 (1,0; 1,6)	3,8 (3,2; 4,3)	22,6 (21,4; 23,8)	31,6 (30,1; 33,0)	5,2 (4,6; 5,8)	16,6 (15,5; 17,7)
Centro-oeste	4,3 (3,0; 5,6)	9,1 (7,3; 11,0)	35,6 (32,4; 38,7)	50,0 (45,9; 54,1)	11,4 (9,4; 13,5)	21,0 (18,4; 23,7)
Sudeste	7,8 (7,0; 8,6)	14,5 (13,5; 15,6)	34,5 (33,0; 35,9)	49,2 (47,3; 51,1)	24,4 (23,1; 25,6)	25,4 (24,1; 26,7)
Sul	1,6 (1,1; 2,1)	3,3 (2,6; 4,0)	42,4 (40,4; 44,5)	47,9 (45,6; 50,1)	22,2 (20,5; 23,8)	37,4 (35,4; 39,4)
Porte populacional						
Até 10.000	4,4 (3,6; 5,2)	8,1 (6,9; 9,2)	42,2 (40,1; 44,2)	59,1 (56,4; 61,8)	15,6 (14,2; 17,1)	22,8 (21,0; 24,5)
10.001 a 30.000	2,0 (1,6; 2,4)	5,4 (4,7; 6,1)	21,2 (20,0; 22,4)	32,4 (30,7; 34,1)	9,0 (8,1; 9,8)	16,6 (15,5; 17,7)
30.001 a 100.000	2,1 (1,6; 2,6)	6,5 (5,7; 7,4)	23,8 (22,4; 25,3)	30,9 (29,1; 32,7)	12,1 (10,9; 13,2)	21,2 (19,7; 22,6)
100.001 a 300.000	3,2 (2,4; 4,1)	5,2 (4,1; 6,2)	29,3 (27,0; 31,5)	34,9 (32,4; 37,4)	17,3 (15,5; 19,1)	24,9 (22,8; 27,0)
Mais de 300.000	12,1 (11,6; 13,0)	17,3 (15,5; 19,0)	57,7 (55,3; 60,0)	62,5 (60,2; 64,9)	31,7 (29,6; 33,7)	41,6 (39,4; 43,9)

PRIORIDADES - MESQUITA

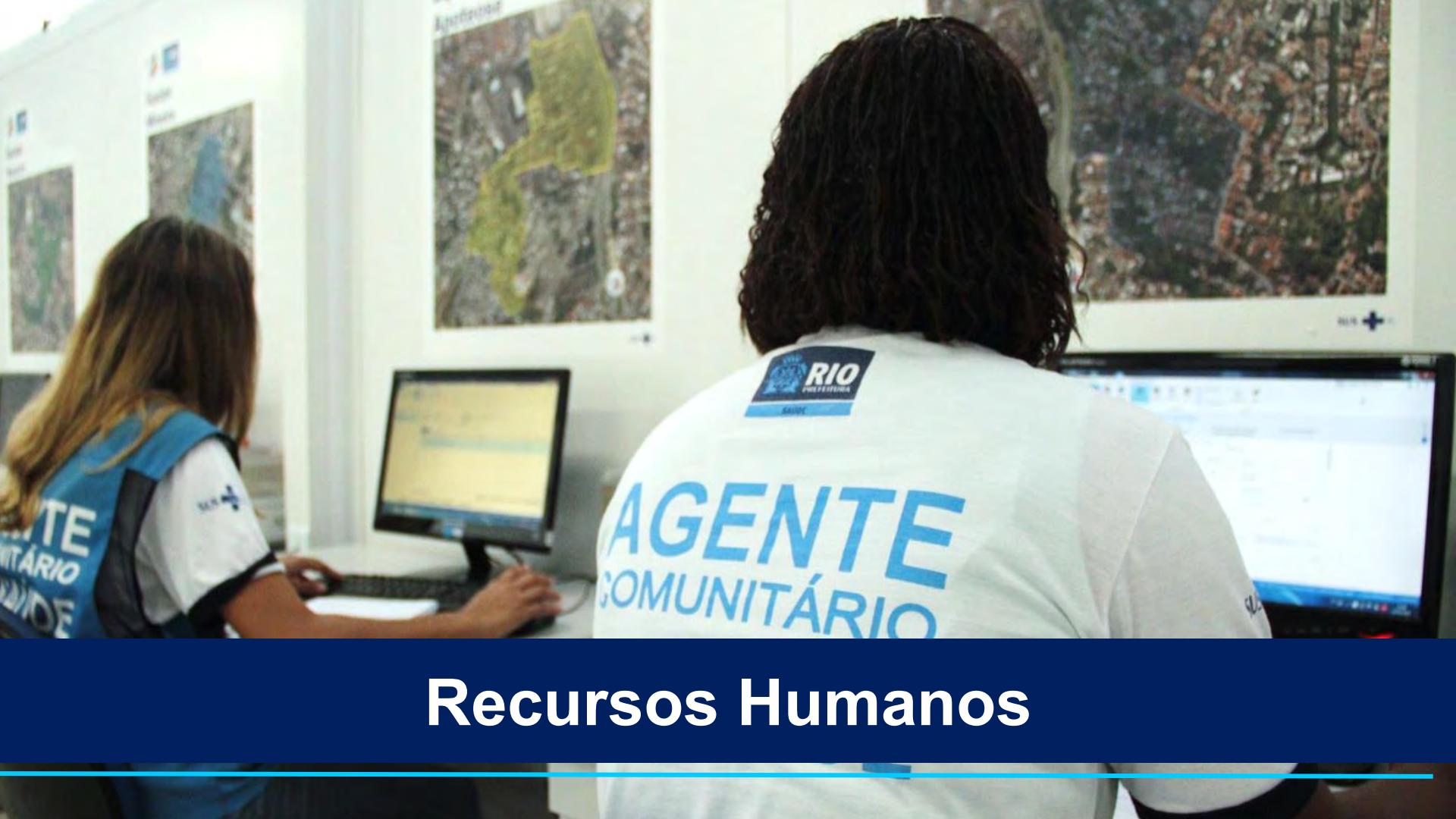


PRIORIDADES - MESQUITA



PRIORIDADES ORÇAMENTÁRIAS





Recursos Humanos

MAIS DE 95% DE EQUIPES COMPLETAS

100% OF THE TEAMS COMPLETED

NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2014-2016

Number of Family Health Teams - 2014-2016

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AP	Equipes dez/2008 (linha de base)	Equipes dez/2009 (executado)	Equipes dez/2010 (executado)	Equipes dez/2011 (executado)	Equipes dez/2012 (executado)	Equipes dez/2013 (executado)	Equipes dez/2014 (executado)	Equipes dez/2015 (executado)	Equipes projetadas dez/2016
Total	63	160	298	585	760	723	874	903	1.182

População-alvo = população atualmente coberta + população a ser coberta pela Expansão da Saúde da Família entre 2009-2013, média de até 1 equipe para 3450 hab.

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% de equipes completas	25,4%	46,9%	79,5%	74,7%	93,9%	100%	97,2%	98,5%	95,6%
Cobertura Município Rio de Janeiro	3,5%	8,9%	17%	25,1%	40,7%	43%	48%	60%	70%

RJ MAIOR CENTRO FORMADOR DE MÉDICOS DE FAMÍLIA 2017 (356 RESIDENTES)

Instituição	Nível	Vagas	Ocupação	Mais informações
Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ)	R1 R2	150 150	142 136	http://www.rmfcrio.org/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	R1 R2 R3	30 30 10	26 23 8	http://www.cepuerj.uerj.br/
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	R1 R2	12 12	10 11	http://www.residencia.ufrj.br/
Total de vagas oferecidas na Cidade do Rio de Janeiro	R1+R3 R2	202 192	186 170	https://www.amfacrj.org/

1/3 de todos os residentes de MFC do país estão no município do Rio de Janeiro

INSERÇÃO DO INTERNATO MÉDICO NA REDE DE ATENÇÃO IES – SMS-RJ

Instituições de Ensino Superior	Alunos Inseridos na Rede de APS	Alunos Inseridos na Rede de Atenção Hospitalar	Profissionais das Unidades Realizando Preceptoria	Unidades da Rede como cenários formativos
UFRJ	240	0	24	8
UERJ	180	0	21	7
UNIRIO	180	0	20	7
Acadêmicos SMS	250	65	90	50
UNIGRANRIO	120	603	26	7
UNESA	280	356	27	12
F. Souza Marques	160	78	13	5
TOTAL	1.410	1.102	144	62

Fonte: CGP/SMS/RJ Distribuição do interno da SMS/2016

ESTRATÉGIAS DE CAPITAÇÃO

- Pagamento complementação Bolsa Residência
- Processo seletivo
 - Banco questões - Questões feitas por MFC (sem pegadinhas)
 - Bibliografia recomendada processo seletivo exclusivo MFC
 - Banco candidatos exclusivo
 - Todas demais especialidades podem escolher MFC como 2ª opção
 - Até 3 processos seletivos
- “Roll model”
- Marketing/mídia divulgação
- Captação em congressos (4 congressos/ano)



PLANEJAMENTO X PROSPECÇÃO

Meta 100% dos médicos da rede de atenção primária titulados em MFC

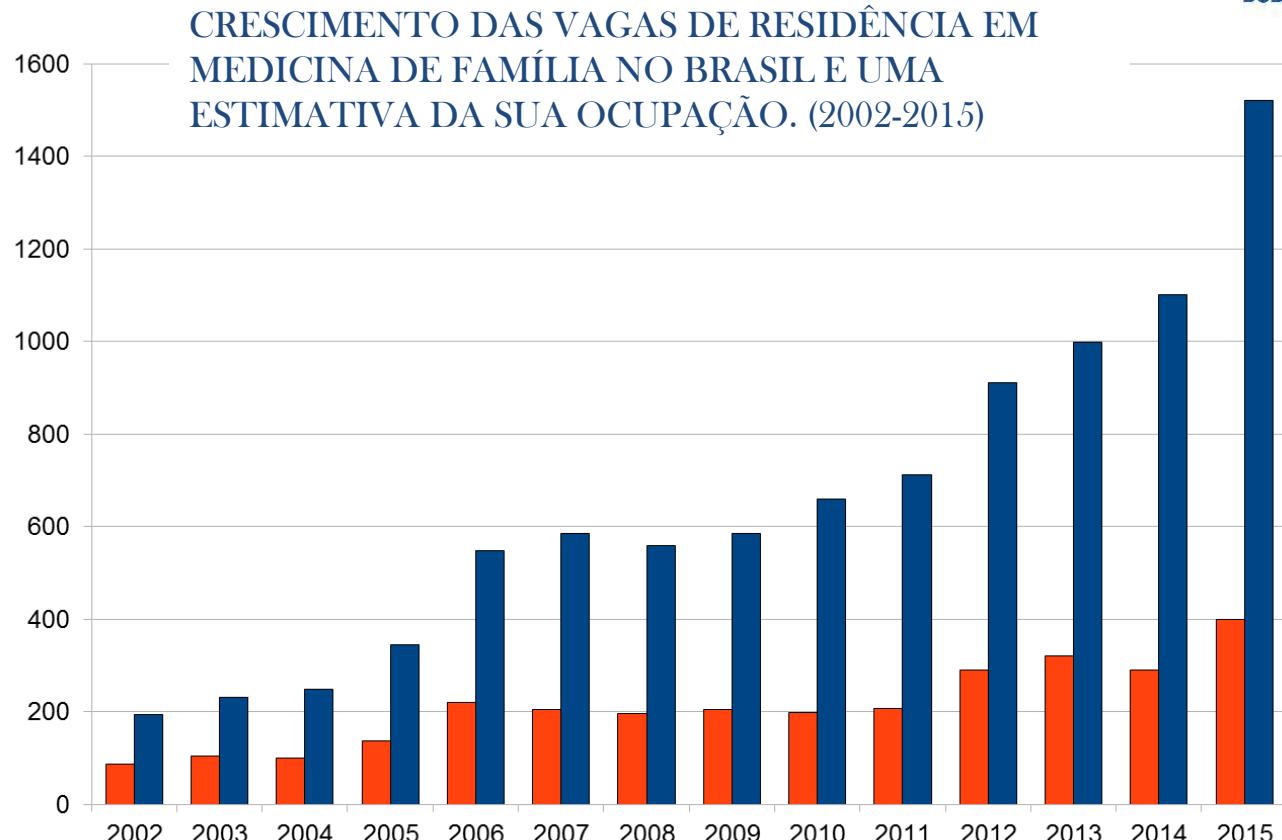
	2017	2018	2022	2023	2024	2025
Total de potenciais egressos		211	211	211	211	211
70% dos egressos permanecem na SMS/RJ		147	147	147	147	147
Estimativa de equipes com MFC na rede SMS/RJ	251	559	1.147	1.294	1.441	1.588
% de equipes com Médicos de Família e Comunidade	31,8	43,2	88,7	100,0	93,2	100,0

Atualmente formamos 353 especialistas formados pelo programa, destes 80% estão nas equipes da ESF, 42 como preceptores do PRMFC e 56 assumiram a função de RT.

RECURSOS HUMANOS

- 1.520 vagas credenciadas
- 404 ocupadas

Taxa de ocupação:
26,3%



TRINDADE, TG 2015. Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/10_Seminario_20ago2015_Residencia_em_MGFC_ThiagoTrindade_SBMFC.pdf

VAGAS DE RESIDÊNCIA NO CANADÁ

Quota Overview for all disciplines in R-1 Match Main Residency Match - First iteration

Vagas para R1 ao todo no Canadá
2.989
Proporção MFC/Total: 44%

Vagas para R1 ao todo no Brasil:
20.556
Proporção MFC/Total: 7,3%

Discipline	Quota Offered (#)	% of Total Quota Offered
Anatomical Pathology	38	1.3%
Anesthesiology	106	3.5%
Cardiac Surgery	9	0.3%
Dermatology	31	1.0%
Diagnostic Radiology	84	2.8%
Emergency Medicine	71	2.4%
Family Medicine	1325	44.3%
General Pathology	6	0.2%
General Surgery	93	3.1%
Hematological Pathology	5	0.2%
Internal Medicine	440	14.7%
Laboratory Medicine	5	0.2%
Medical Biochemistry	5	0.2%
Medical Genetics	8	0.3%
Medical Microbiology	13	0.4%
Neurology	42	1.4%
Neurology - Pediatric	8	0.3%
Neuropathology	2	0.1%
Neurosurgery	18	0.6%
Nuclear Medicine	10	0.3%
Obstetrics & Gynecology	92	3.1%
Ophthalmology	40	1.3%
Orthopedic Surgery	63	2.1%
Otolaryngology - Head & Neck Surgery	30	1.0%
Pediatrics	137	4.6%
Physical Medicine & Rehabilitation	25	0.8%
Plastic Surgery	26	0.9%
Psychiatry	171	5.7%
Public Health & Preventive Medicine	25	0.8%
Radiation Oncology	21	0.7%
Urology	31	1.0%

FORTÍSSIMA REGULAÇÃO PÚBLICA

- 2019 – 18.000
- Necessidade de 16.500 Novas Vagas
- 7.200 (40%) – Programa R1 e R2

La formación especializada de la medicina familiar y comunitaria en Europa. EURACT (WONCA) V. Casado Vicente et al / Gac Sanit. 2012;26(S):69-75

País	Años	Hospital/centro de salud	Programa formativo nacional	Rotaciones prefijadas	Contenidos teórico-prácticos	Examen final obligatorio	Responsables	Obligatorio para la práctica	Recertificación
Alemania	5	=/±	Sí	No	80 h	Sí	G/P		No
Austria	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Bélgica	4	-/+	No	No	440 h	Sí	U	Sí	Sí
Croacia	3	=/±	Sí	Sí	9M.	Sí	U	Sí	Sí
Dinamarca	5	-/+	Sí	Sí	320 h + 160 h investigación	No	G/P	Sí	No
Estonia	3	-/+	Sí	Sí	180 h	Sí	U	Sí	Sí
Eslvaquia	3	+/-	Sí	No		Sí	G/P	Sí	Sí
Eslovenia	4	=/±	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
España	4	-/+	Sí	Sí	300 h	No	G/P	Sí	No
Finlandia	6	-/+	Sí	No	120 h	Sí	U	Sí	No
Francia	3	+/-	Sí	No	150 h	No	U	Sí	No
Reino Unido	3	=/±	Sí	No	360 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Grecia	4	+/-	Sí	Sí	No	Sí	U	Sí	No
Holanda	3	-/+	Sí	No		No	U	Sí	Sí
Hungria	3	-/+	Sí	Sí	60 h	Sí	U	Sí	Sí
Irlanda	4	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Islandia	5	+/-	No	No		Sí		Sí	No
Italia	2	+/-	Sí	No	400 h	Sí	G/P	Sí	Sí
Lituania	3	+/-	Sí	Sí	600 h	Sí	U	Sí	Sí
Luxemburgo	3	-/+	No	No		Sí		Sí	No
Malta	4	-/+	No	No		Sí		Sí	No
Noruega	5	-/+	Sí	No	420 h	No	G/P	No	Sí
Polonia	4	=/±	Sí	Sí	264 h	Sí	U	No	No
Portugal	3	+/-	Sí	Sí	180 h	Sí	G/P	Sí	No
República Checa	3	+/-	Sí	Sí		Sí	G/P	Sí	No
Rumania	3	=/±	Sí	No		Sí	U	No	Sí
Suecia	5	-/+	Sí	No	100 h obligatorias + 150 h al año	No	G/P	Sí	No
Suiza	5	+/-	No	No		Sí	G/P	No	No

TRINDADE, TG 2015. Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
http://dkw4g894e1jm.cloudfront.net/images/PDF/10_Seminario_20ago2015_Residencia_em_MGFC_ThiagoTrindade_SBMFC.pdf

PMM – LEI 12.871 (22/10/2013)

- Art. 7º O Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade terá duração mínima de 2 (dois) anos.
 - § 1º O primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório para o ingresso nos seguintes Programas de Residência Médica:
 - I - Medicina Interna (Clínica Médica);
 - II - Pediatria;
 - III - Ginecologia e Obstetrícia;
 - IV - Cirurgia Geral;
 - V - Psiquiatria;
 - VI - Medicina Preventiva e Social.
 - § 2º Será necessária a realização de 1 (um) a 2 (dois) anos do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade para os demais Programas de Residência Médica, conforme disciplinado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), excetuando-se os Programas de Residência Médica de acesso direto.

TRINDADE, TG 2015. Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
http://dkw4g894e1jm.cloudfront.net/images/PDF/10_Seminario_20ago2015_Residencia_em_MGFC_ThiagoTrindade_SBMFC.pdf

CUIDADO MULTIPROFISSIONAL REQUER FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL



Seminário
Formação Profissional na Atenção Primária
em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro:
a produção de práticas e saberes

27, 28 e 29 de novembro de 2013
das 9h às 17h

OTICS-RIO Centro

Rua Evaristo da Veiga, 16 - Centro - Auditório Barbora Starfield - RJ

Inscrições gratuitas Fimó para as inscrições limitadas e disponibilizadas a partir de 10 de outubro. A participação como ouvinte é aberta ao público.

CURSO TÉCNICO DE ACS

Requisitos

Local de Inscrição



ESTÃO ABERTAS AS INSCRIÇÕES PARA
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM
EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RIO DE JANEIRO**

28/11/2018

soranz@fiocruz.br

FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS E NOMEAÇÕES POR CRITÉRIOS TÉCNICOS PREVIAMENTE ESTABELECIDOS

Resoluções

Necessidade de formação para gerência

Necessidade de formação para enfermeiros e dentistas.

Mestrado profissional,

R3

Lideres cariocas

Especialização em Saúde Pública

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário: Daniel Ricardo Soranz Pinto
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 7º andar - Tel.: 2976-2024

RESOLUÇÃO SMS Nº 3106 DE 18 DE OUTUBRO DE 2016

Estabelece critérios para ocupação dos cargos de enfermeiros de equipes de saúde da família da Secretaria Municipal de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º Define como requisito obrigatório para a atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família ao menos uma das titulações abaixo:

- § 1º Título de especialista em saúde da família.
- § 2º Certificado de conclusão de pós-graduação *lato sensu* aos moldes de residência em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.
- § 3º Certificado de conclusão de pós-graduação *lato sensu* em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.
- § 4º Certificado de conclusão de pós-graduação *stricto sensu* em saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.

Art. 2º Os novos processos seletivos e concursos devem informar da exigência da titulação mínima para a contratação ou posse.

Art. 3º A documentação de comprovação deve ficar sob a guarda do setor de gestão de pessoas local ou da organização social de saúde responsável pelo processo.

Art. 4º A Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde ficará responsável por fiscalizar e verificar o cumprimento desta resolução na administração direta e indireta.

Art. 5º Os critérios estabelecidos nesta Resolução se aplicam às nomeações e às contratações de cargos de enfermeiros de Unidades de Atenção Primária da Administração Direta, Indireta e geridas por Organizações Sociais.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação devendo ser aplicada a todas as novas contratações e nomeações, não se aplicando a processos seletivos anteriores a sua publicação.

Rio de Janeiro, 18 de outubro de 2016
DANIEL SORANZ

soranz@fiocruz.br

SECRETARIA DE SAÚDE

Secretário: Daniel Ricardo Soranz Pinto
Rua Afonso Cavalcanti, 455 - 7º andar - Tel.: 2976-2024

ATO DO SECRETÁRIO RESOLUÇÃO SMS Nº 2964 DE 10 DE JUNHO DE 2016

Estabelece critérios para ocupação de cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária em Saúde (Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família) da Secretaria Municipal de Saúde.

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e tendo em vista o que consta do Processo 09/002 354/2016,

RESOLVE:

Art. 1º Fica estabelecido que somente poderá ocupar cargo de Diretor ou Gerente de Unidades de Atenção Primária profissionais que preencham, ao menos, 4 (quatro) dos critérios listados neste artigo.

§ 1º. Ter no mínimo 3 (três) anos de experiência de atuação direta nas Equipes de Saúde da Família.

§ 2º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência de atuação na área da Saúde em atividade de apoio às Equipes de Saúde da Família ou Atenção Primária.

§ 3º. Ter no mínimo 5 (cinco) anos de experiência em cargo de gestão no âmbito do SUS.

§ 4º. Ter participado, ao menos, de uma atividade de atualização científica e/ou acadêmica nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Gestão em Saúde (congressos, seminários, workshops, capacitações, cursos presenciais ou à distância) no último ano, antes da nomeação/contratação.

§ 5º. Ter formação técnica de nível médio ou superior na área de Saúde.

§ 6º. Ter curso de especialização em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Gestão em Saúde.

§ 7º. Ter Residência ou título de especialista em Saúde da Família.

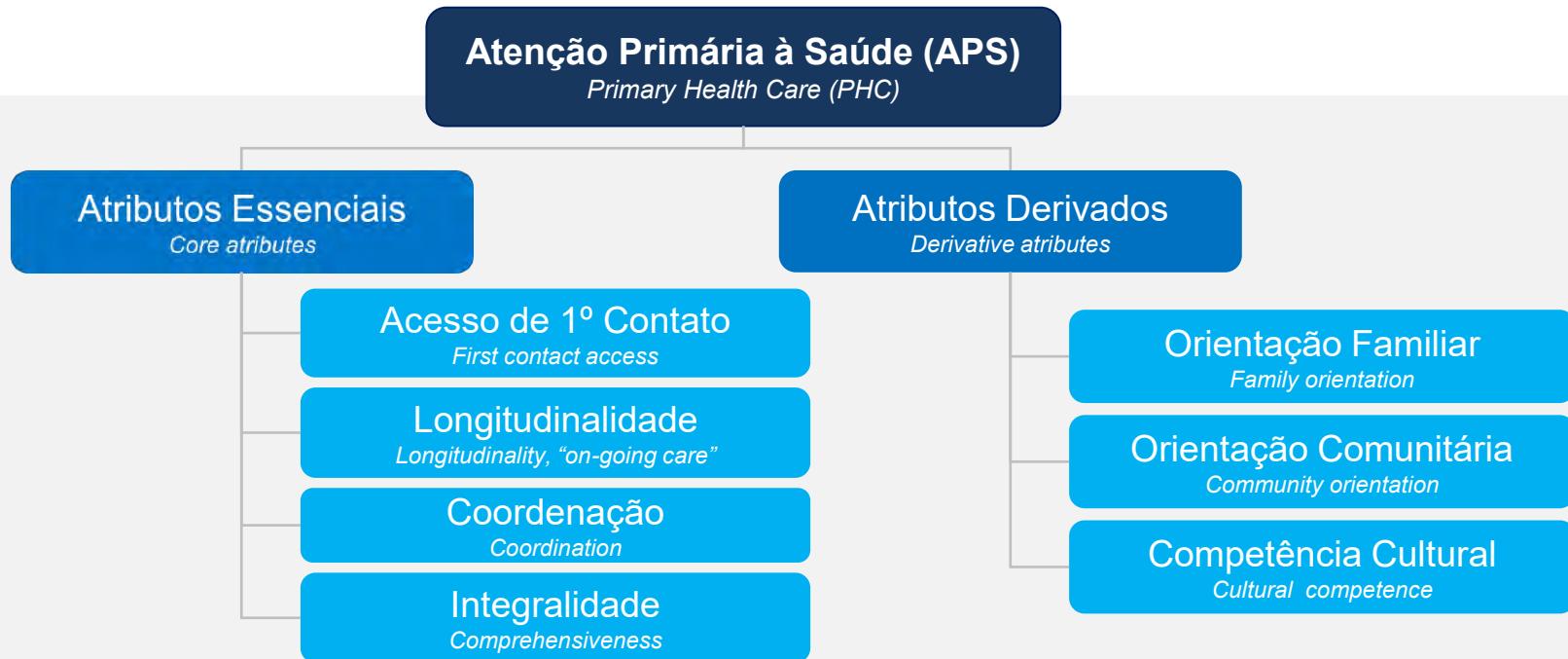
§ 8º. Ter concluído o terceiro ano de Residência (R3) em Gestão de Serviços de Saúde.

§ 9º. Ter título de Mestre ou Doutor em Saúde da Família, Gestão em Saúde, Políticas Públicas e Saúde Coletiva.

§ 10. Ter participado do programa Lideres Cariocas, por no mínimo 2 (dois) anos, sendo devidamente aprovado.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.
Rio de Janeiro, 10 de junho de 2016
DANIEL SORANZ

PROCESSOS NA APS



STARFIELD B, Primary Care: concept, evaluation and policy, Oxford University Press, New York,1992

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.
SORANZ@fioruz.br



ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT ACCESS

PRINCIPAL DIFERENÇA NO ATENÇÃO A SAÚDE ENTRE RICOS E POBRES NO BRASIL



ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

FIRST CONTACT ACCESS



Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Vinculação pessoa a pessoa:

Os profissionais tem uma lista de pacientes da qual são responsáveis.

Os pacientes sabem quem é a equipe responsável pelo seu cuidado.

People to people linking:

The professionals are responsible for a list of patients.

The patients know which team is responsible for their care.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia e BRANDAO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5

SIDNEY 2000- AUSTRALIA



Find A Service

1 Select a service you wish to search for

- General Practice
- Pharmacy
- Emergency Department
- Hospital

2 Enter a Suburb or Town

Enter distance radius 1km

Show services open now

Begin Search



Need Help Now?



Image: interncrisis.org – from 'Scrubs in the Street' – Med Student protest in Sydney 20/10/2012

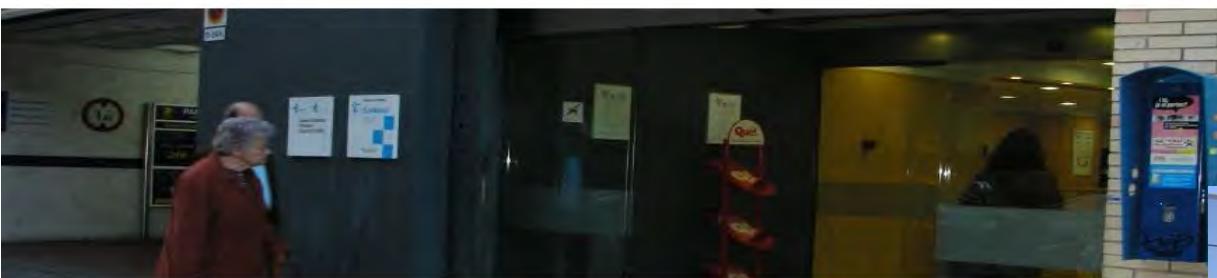


BARCELONA 92- ESPANHA



Inicio > Ciudadanos > Centros > CAP Sagrada Família > Inicio

CAP Sagrada Família



Presentación

El Centre d'Atenció Primària (CAP) Sagrada Família tiene una superficie de casi 3.000 metros cuadrados y presta servicio a una población de más de 52.000 habitantes.

El centro se inauguró en octubre de 2003 y

Cómo llegar y horarios

El centro está ubicado en el término municipal de Barcelona, en la calle Còrsega, entre las calles Dos de Maig y Cartagena.

[Más información](#)



Información de contacto

CAP Sagrada Família
 C. Còrsega, 643
 08025 Barcelona
Teléfono de la centralita: 93 507 22 22
Teléfono de programación: 93 557 22 22



Es el territorio de actuación de un [Equipo de Atención Primaria](#). Con demarcación poblacional y geográfica. Accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Atiende entre unos 5.000 y 25.000 habitantes.

28-nov-18



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS

[prefeitura.rio](#) > [Secretaria Municipal de Saúde - SMS](#) > [Onde ser atendido](#)

A- A+

FORMAS DE PESQUISA

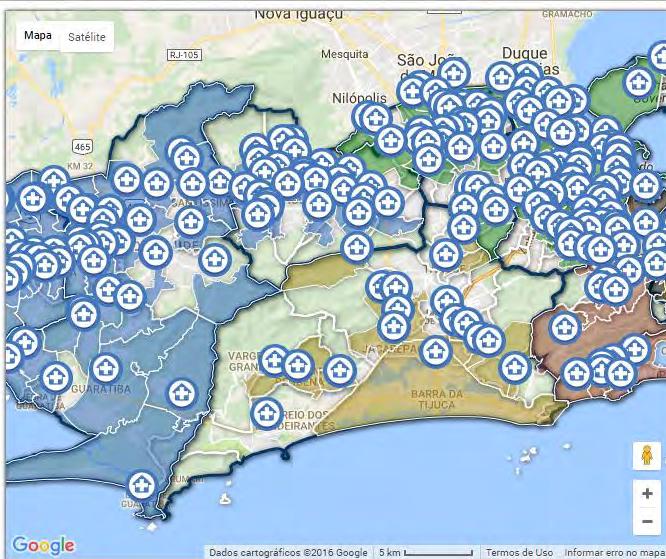
Endereço

Nome da Unidade

ex. Rua Afonso Cavalcanti, 455 - Cid...

TRAÇAR ROTA:

— Escolha uma opção —



VOLTAR

Rio de Janeiro e Florianópolis

FIRST CONTACT

FORMAS DE PESQUISA

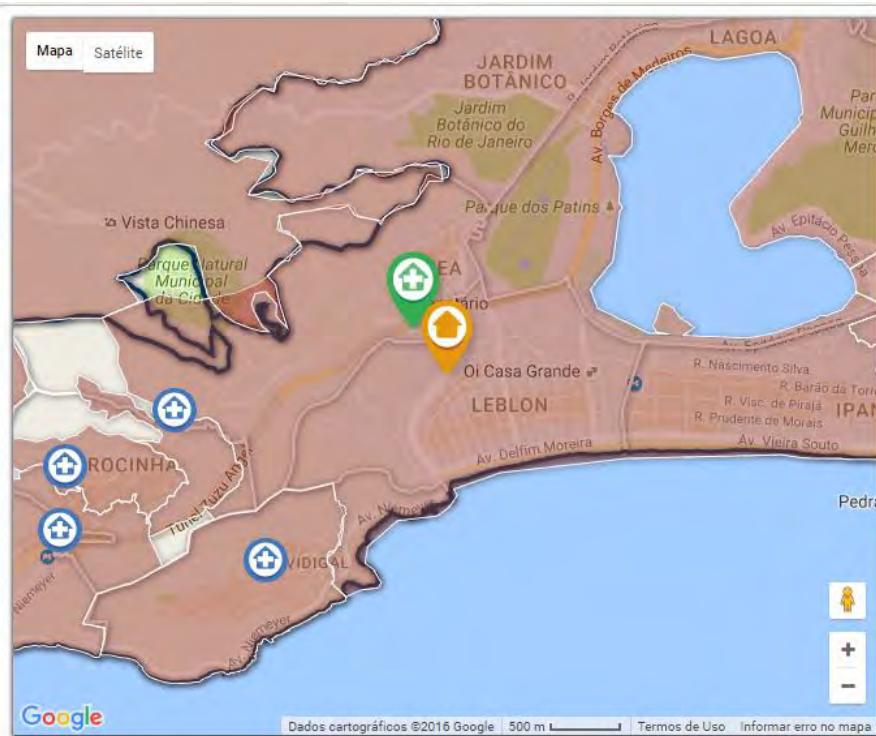
Endereço
Rua Dias Ferreira - Leblon, Rio de Janeiro

TRAÇAR ROTA:
-- Escolha uma opção --

A sua Unidade de Atenção Primária é:
SMS CMS PINDARO DE CARVALHO RODRIGUES - AP 21

AP: 21 CNES: 2288370
Telefone: (21) 2511-2619
email: cmspccrodrigues@rio.rj.gov.br
Site: <http://pindarocarvalho.rodrigues.blogspot.com.br/>
Endereço: AV PADRE LEONEL FRANCA, S/Nº
Bairro: GAVEA
Atendimento
Seg à Sexta : 08:00 às 20:00
Sábado: 08:00 às 12:00
Distância: 405.9 metros

Nome da Equipe:
TROMBETA
Médico:
PATRICIA TEIXEIRA ROSSETTI
Enfermeiro:
CELI MARTINS MAIA



SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS



#SeusDireitos



ANS lança projeto para estimular atenção primária em saúde

Qualidade da Saúde

Publicado em: 26/04/2018

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou nesta quinta-feira (26/04) o Projeto de Atenção Primária à Saúde (APS). A iniciativa prevê a concessão, por intermédio de entidades acreditadoras independentes, de um selo de qualidade às operadoras de planos de saúde que cumprirem requisitos pré-estabelecidos. O objetivo de instituir o selo APS é estimular a qualificação, o fortalecimento e a reorganização da atenção básica, por onde os pacientes devem ingressar no sistema de saúde. O projeto propõe ainda a implementação de modelos adequados de remuneração de prestadores, com foco no cuidado do paciente, e a adoção de indicadores para monitoramento dos resultados em saúde. A proposta da ANS é que a adesão seja voluntária.

O Projeto APS pretende envolver a coordenação e a integração do cuidado em saúde centrado no paciente, incentivando o desenvolvimento de estratégias de cuidado integral, especialmente de doenças crônicas não-transmissíveis mais prevalentes em

487ª reunião da Diretoria Colegiada

ANS determina portabilidade especial e extraordinária de carências de seis operadoras

Manutenção programada neste final de semana

Rogério Scarabel Barbosa é aprovado no Senado para compor diretoria da ANS

ANS promove atividade para orientação ao consumidor

PROPOSTAS

- **Vincular usuário as equipes**
- **Gestão informatizada das listas (e-SUS), (ANS)**
- **Regras claras de acesso a APS**



LONGITUDINALIDADE

LONGITUDINALITY

REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

"on going care"



Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Longitudinalidade do cuidado

Sempre a mesma equipe cuida da mesma Família

POLÍTICA PÚBLICA BASEADA EM EVIDENCIAS

Quadro 2. Artigos revisados segundo autores, tipo de estudo e principais resultados.

Autor	Tipo de estudo	Resultados
Guthrie e Wyke (2000)	Analise crítica	A suposta contradição entre a premência da modernização da clínica e a continuidade pessoal seria falsa.
WHO (1992)	Grupo de trabalho	Relevância da equipe, necessidade de articulação dos provedores, redução do sobreuso.
Gérvias (2005)	Analise crítica	Longitudinalidade permite corrigir falsos negativos.
Ortún e Gérvias (1995)	Analise crítica	Longitudinalidade confere eficiência à APS.
Christakis (2003)	Analise crítica	Interpretação dos autores quanto à natureza da continuidade do cuidado, se é processo ou resultado, interfere nos achados dos estudos.
Roberge <i>et al.</i> (2001)	Técnica de grupos focais (médicos e pacientes)	Congruência de percepções. Disponibilidade de tempo e divisão de responsabilidades faz com que médicos defendam a relação terapêutica com a equipe de APS.
Maeseneer <i>et al.</i> (2003)	Estudo de coorte (2 anos)	A utilização de uma fonte regular de cuidados de APS leva a menores gastos em saúde.
Nutting <i>et al.</i> (2003)	Estudo transversal	Pacientes vulneráveis valorizam mais a continuidade do cuidado. Tal fato pode interferir nos achados dos estudos.
Pasto-Sánchez <i>et al.</i> (1997)	Estudo descritivo (questionário com médicos)	O grau de longitudinalidade e de continuidade averiguado a partir da presença de listas de paciente e do grau de conhecimento sobre o histórico do paciente nos países investigados são diferenciados.
Mainous <i>et al.</i> (2001)	Estudo transversal (inquérito com pacientes)	A continuidade com o mesmo médico, ao longo do tempo, está relacionada com o aumento da confiança no médico.
Fan <i>et al.</i> (2005)	Estudo transversal (inquérito com pacientes e base de dados)	Continuidade do cuidado está relacionada com maior satisfação do paciente.
Gill e Mainous (1998)	Estudo longitudinal com beneficiários do Medicaid (2 anos)	A continuidade do cuidado está relacionada com menores taxas de internação por condições crônicas sensíveis ao tratamento ambulatorial.
Saultz e Albedaiwi (2004)	Revisão sistemática	Falta consenso na definição e nas formas de medição da continuidade interpessoal. Mas pode-se afirmar que a Continuidade interpessoal está relacionada com maior satisfação do paciente.
Cabana e Jee (2004)	Revisão sistemática	A longitudinalidade está relacionada com redução da taxa de internação e de atendimentos de emergência, maior adesão aos cuidados preventivos e melhor comunicação.

Melhor satisfação do usuário

Redução de custos desnecessário, melhor eficiência da APS

Melhor desempenho clínico

Menores taxas de internação

Fundamental para a correção de falsos negativos

LONGITUDINALITY, “ON GOING CARE” – MEASURED BY PCATool

ESCORES MÉDIOS EM UNIDADES COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CIDADES/UFs –BRASIL - (parâmetro ideal: escore acima de 6,60)

Cidades/UFs	Usuários		Profissionais	
	n	Escore médio (d.p.)	n	Escore médio (d.p.)
(1) Harzheim <i>et al</i> (2013, 2015). Rio de Janeiro (2013, 2015), acompanhante de crianças e adultos	2.429	crianças - 6,11	256	7,50
	2.710	adultos - 6,27		
(2) Ferrer (2013). Zona oeste de São Paulo (2013), acompanhante de crianças	501	4,93 +/-2,53	42	6,73 +/-1,49
(3) Araújo <i>et al</i> (2015). Distrito Federal, acompanhante de crianças	71	6,59 +/-1,90	19	7,31 +/-1,42
(4) Macinko <i>et al</i> (2007). Petrópolis/RJ, adultos.	283	9,12 +/-0,01	-	-
(5) Elias <i>et al</i> (2007). São Paulo/RJ, adultos (?)	568	7,92	~568	7,22
(6) Albino da Silva & Fracolli (2014). Região de Alfenas/MG, adultos	527	7,26 +/-1,96	-	-
(7) Van Stralen <i>et al</i> (2008). Goiás, Mato Grosso do Sul, acompanhante de crianças e adultos.	~351	7,30	~287	8,06
(8) Leão & Caldeira (2011). Montes Claros/MG, acompanhante de crianças	350	8,30 +/-1,40	-	-
(9) Vigo (2009). Curitiba/PR	-	-	190	6,70

PINTO, Luiz Felipe et al. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha – Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3

LONGITUDINALIDADE

Avaliação dos Profissionais em Domicílio (MAPEAR n=10.350)

	Técn./ Assist. de Dentista	Enfermeiro	Médico	Dentista	Agente de Saúde
SATISFAÇÃO	100%	99%	99%	99%	97%
CONHECIA PROFISSIONAL	76%	63%	73%	56%	70%
ATENÇÃO E CORDIALIDADE	100%	98%	99%	98%	98%
SE APRESENTOU PELO NOME	100%	98%	99%	99%	97%
CHAMOU PELO NOME	99%	98%	99%	99%	97%
APARÊNCIA CUIDADA	100%	99%	99%	98%	98%
LAVOU AS MÃOS	82%	70%	83%	84%	26%
APARENTOU SER PROFISSIONAL, C/ CONHECIMENTO	100%	99%	99%	98%	98%

Em relação ao último atendimento domiciliar, quase todos receberam agentes de saúde. 15% foram atendidos por enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem; 11% por médicos; 5% por dentistas e 2% por técnicos ou assistentes de dentista.

ROCINHA: MOSTRANDO QUE É POSSÍVEL FAZER...

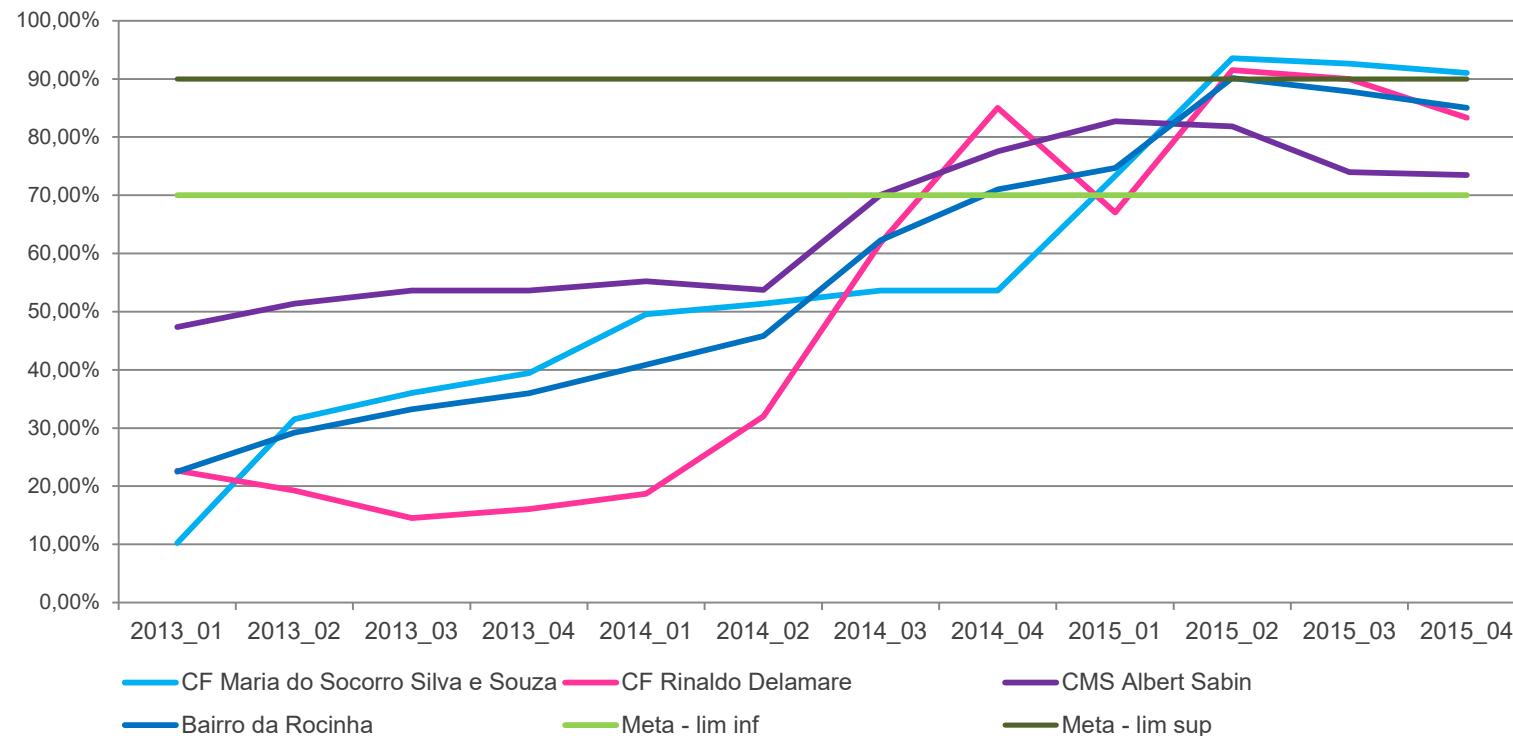


ROCINHA: MOSTRANDO QUE É POSSÍVEL FAZER...



PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA – ROCINHA – MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2013-2015

PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (A1) - ROCINHA - 2013-2015



DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE ACORDO COM A PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA (n = 207 UNIDADES)

DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE UNITIES IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY ACCORDING TO THE PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (N = 207 UNITIES)

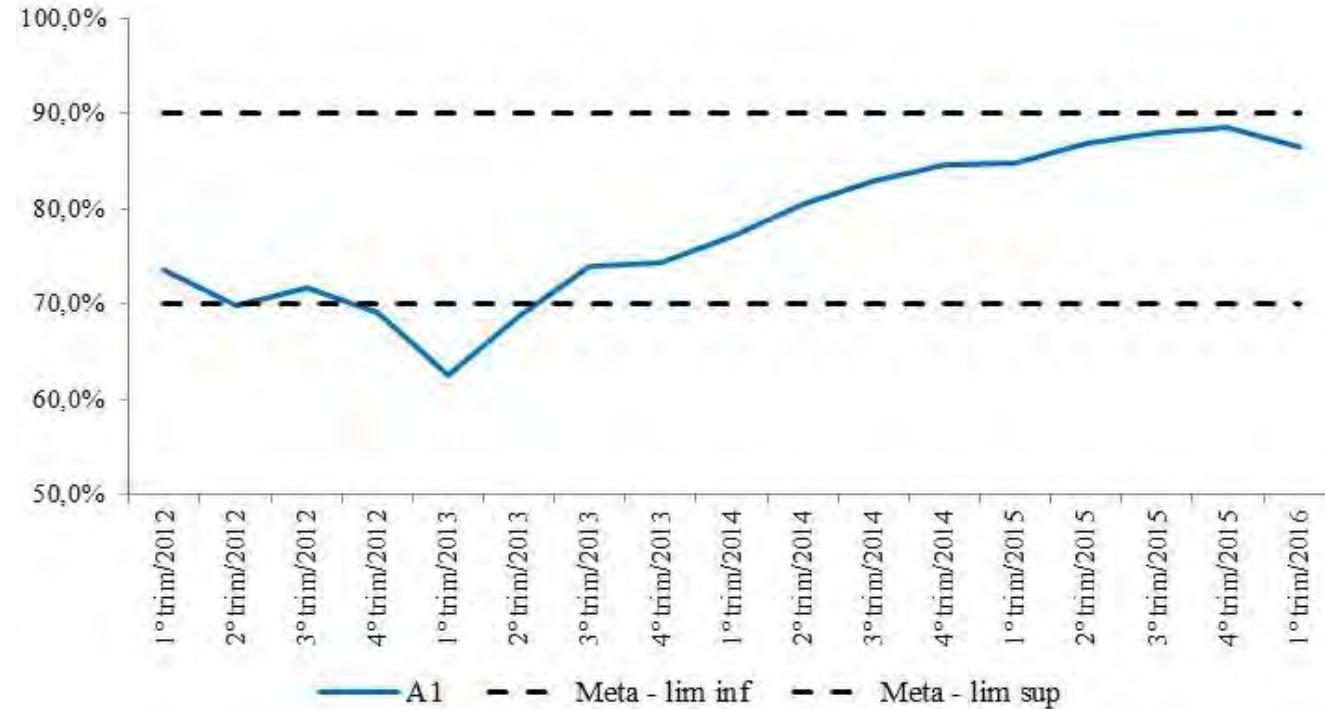


Proporção média entre as unidades de saúde analisadas: **88,45%**

Fonte: Prontuários Eletrônicos | jul-ago-set/2016

PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DO PACIENTE PELO PRÓPRIO MÉDICO DE FAMÍLIA (A1) - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - 2012-2016

PROPORTION OF THE PATIENTS MEDICAL CONSULTATIONS BY THEIR OWN FAMILY DOCTOR (A1) - RIO DE JANEIRO COUNTY - 2012-2016



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: <https://smsrio.org/p4p> [acesso em 17 de out 2016]

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe e CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3

soranz@fiocruz.br

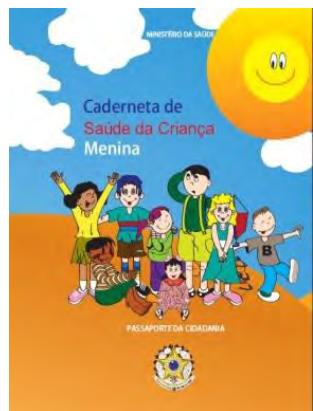


COORDENAÇÃO

COORDINATION

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

COORDENATION OF CARE



Sistemas de saúde com bom desempenho têm características em comum:

Common characteristics of Health systems with good performance:

Coordenação do cuidado

Os serviços de Saúde da Família coordenam os demais níveis de atenção.

Papel de *gatekeeper*

Proteger de intervenções desnecessárias

The family health services coordinate levels of attention.

Role of gatekeeper.

To protect from unnecessary interventions.

COORDINATION – HEALTH SYSTEMS MEASURED BY PCATool

ESCORES MÉDIOS EM UNIDADES COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – CIDADES/UFs –BRASIL - (parâmetro ideal: escore acima de 6,60)

Cidades/UFs	Usuários		Profissionais	
	n	Escore médio (d.p.)	n	Escore médio (d.p.)
(1) Harzheim <i>et al</i> (2013, 2015). Rio de Janeiro (2013, 2015), acompanhante de crianças e adultos	2.295	crianças - 6,61	256	7,20 +/- 0,1
	2.540	adultos - 6,63		
(2) Ferrer (2013). Zona oeste de São Paulo (2013), acompanhante de crianças	501	6,61 +/-2,27	42	7,94 +/-1,04
(3) Araújo <i>et al</i> (2015). Distrito Federal, acompanhante de crianças	69	8,50 +/-1,12	19	8,37 +/-1,36
(4) Macinko <i>et al</i> (2007). Petrópolis/RJ, adultos.	283	7,72 +/-0,01	-	-
(5) Elias <i>et al</i> (2007). São Paulo/RJ, adultos (?)	568	8,35	~568	7,11
(6) Albino da Silva & Fracolli (2014). Região de Alfenas/MG, adultos	510	6,41 +/-2,16	-	-
(7) Van Stralen <i>et al</i> (2008). Goiás, Mato Grosso do Sul, acompanhante de crianças e adultos.	~351	6,18	~287	7,08
(8) Leão & Caldeira (2011). Montes Claros/MG, acompanhante de crianças	350	5,90 +/-3,30	-	-
(9) Vigo (2009). Curitiba/PR	-	-	190	7,00

RESPONSABILIZAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NOS RESULTADOS

Percentual de medicamentos prescritos da REMUME

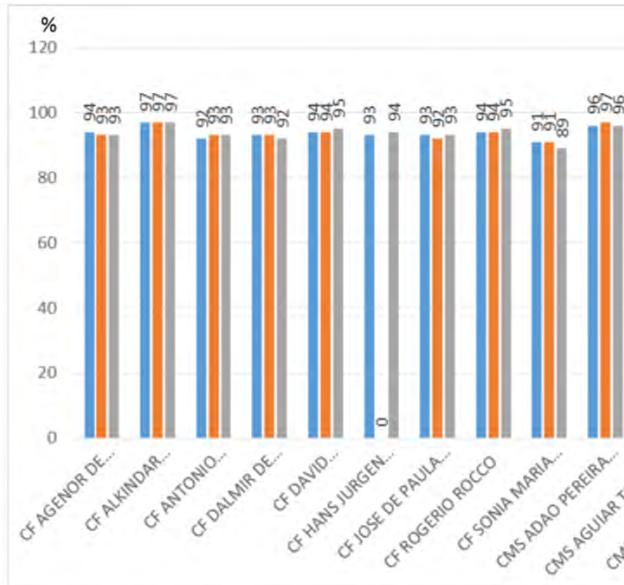
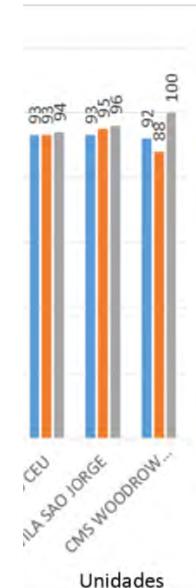


Tabela 16.3 - Percentual de medicamentos prescritos da REMUME

Unidade	Média	DP
CF AGENOR DE MIRANDA ARAÚJO NETO - CAZUZA	93,33	0,47
CF ALKINDAR SOARES PEREIRA FILHO	97,00	0,00
CF ANTONIO GONCALVES VILLA SOBRINHO	92,67	0,47
CF DALMIR DE ABREU SALGADO	92,67	0,47
CF DAVID CAPISTRANO FILHO	94,33	0,47
CF HANS JURGEN FERNANDO DOHMANN	62,33	44,08
CF JOSE DE PAULA LOPES PONTES	92,67	0,47
CF ROGERIO ROCCO	94,33	0,47
CF SONIA MARIA FERREIRA MACHADO	90,33	0,94
CMS ADAO PEREIRA NUNES / VILAR CARIOSA	96,33	0,47
CMS AGUIAR TORRES	97,67	0,47
CMS ANA GONZAGA / VILA ESPERANCA	89,67	0,94
CMS BELIZARIO PENNA	100,00	0,00
CMS CARLOS ALBERTO NASCIMENTO	97,00	0,00
CMS EDGARD MAGALHAES GOMES	97,00	0,82
CMS JARDIM ANAPOLIS	94,00	0,00
CMS MARIA BITTENCOURT / FAZENDA MODELO I	94,00	0,00
CMS MANOEL DE ABREU	97,33	0,47
CMS MARIO RODRIGUES CID	64,00	45,26
CMS MOURAO FILHO / BARRA DE GUARATIBA	91,67	0,94
CMS OSWALDO VILELLA	97,00	0,82
CMS PEDRO NAVA	98,33	0,47
CMS RAUL BARROSO	91,00	0,00
CMS VILA DO CEU	93,33	0,47
CMS VILA SAO JORGE	94,67	1,25
CMS WOODROW PIMENTEL PANTOJA	93,33	4,99



REGRAS DE REGULAÇÃO

REGULATION RULES



RIO

REGULAÇÃO AMBULATORIAL

agendamento de consultas
especializadas e exames
complementares



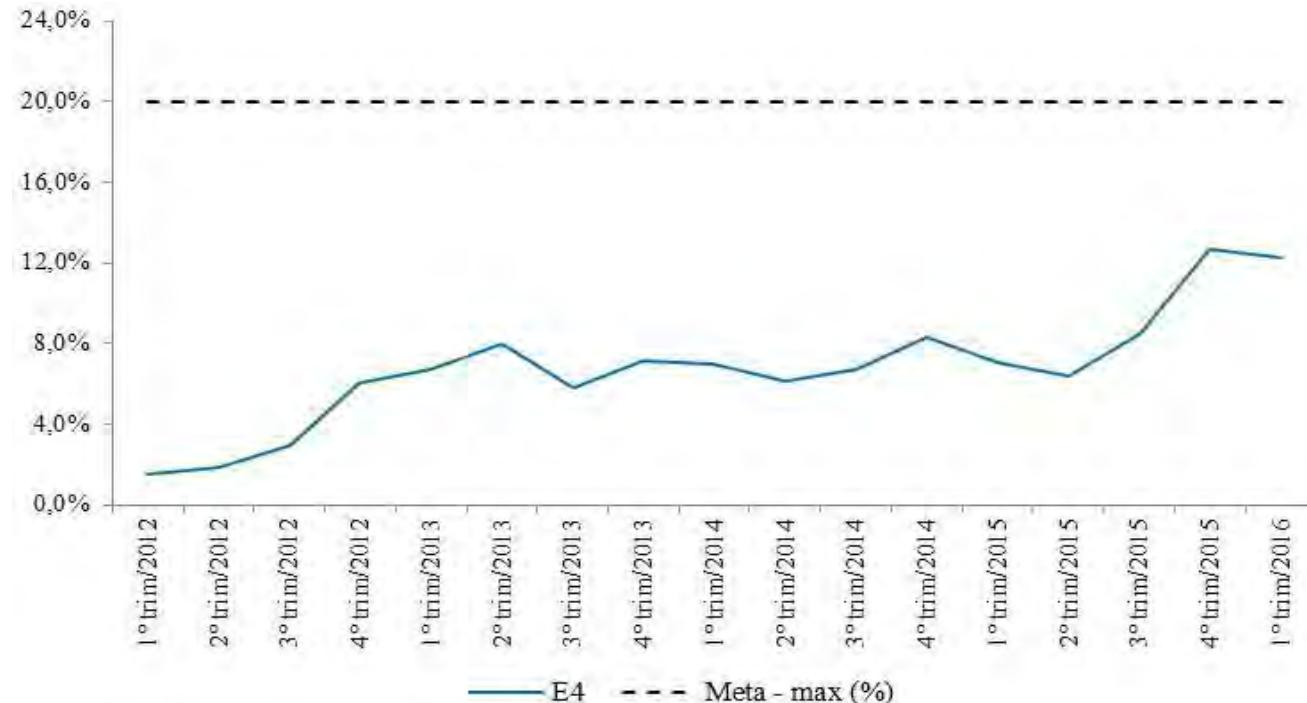
- Definição de regras entre unidades
 - Caso não seja possível o atendimento no dia e horário agendados, a unidade que não realizou o atendimento é responsável por reagendar e atender esse paciente
 - Nenhuma policlínica ou hospital está autorizado a receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG

- Definição de regras entre unidades
 - Caso não seja possível o atendimento no dia e horário agendados, a unidade que não realizou o atendimento é responsável por reagendar e atender esse paciente
 - Nenhuma policlínica ou hospital está autorizado a receber pacientes para exames ou consultas ambulatoriais sem a autorização do SISREG



PERCENTUAL DE PACIENTES ENCAMINHADOS EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS (E4) - MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 2012-2016

PERCENTAGE OF FORWARDED PATIENTS ACCORDING TO THE NUMBER OF ATTENDED PATIENTS(E4) - RIO DE JANEIRO COUNTY – 2012-2016

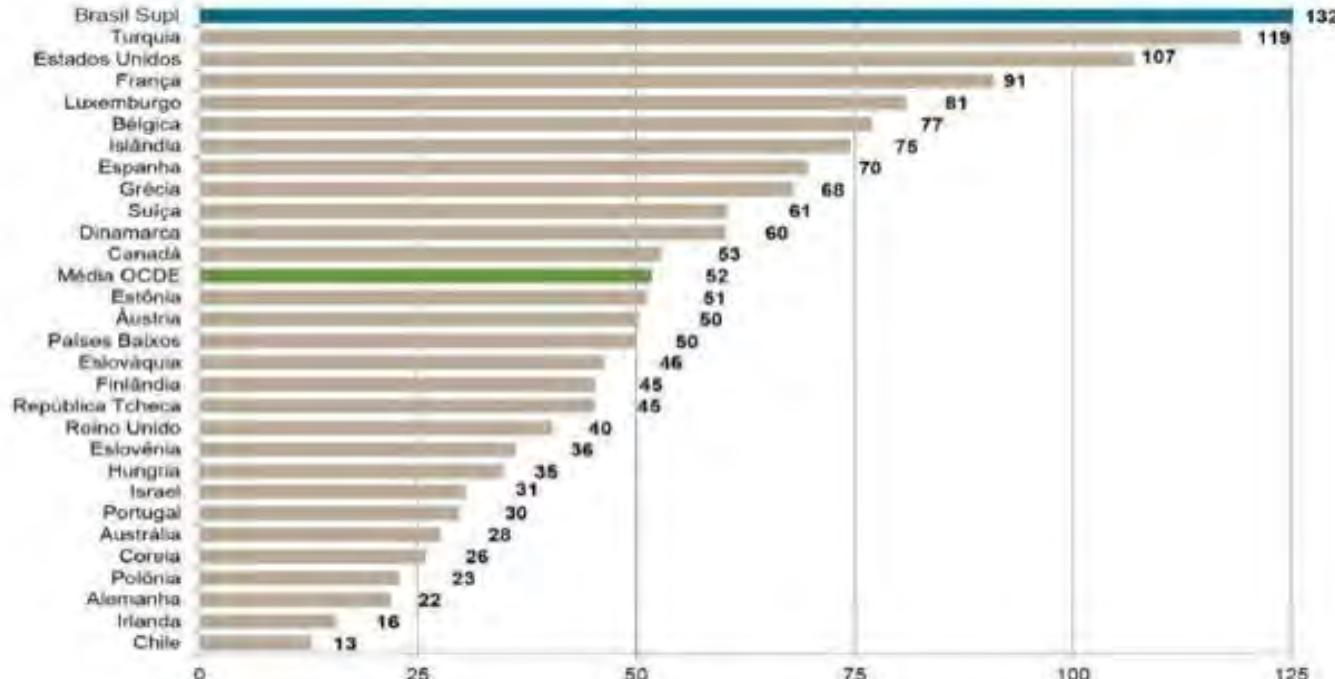


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dados agregados dos prontuários eletrônicos - indicadores selecionados da parte variável 2, validados pelas áreas de planejamento em saúde. Disponível em: <https://smsrio.org/p4p> [acesso em 17 de out 2016]

SORANZ, Daniel; PINTO, Luiz Felipe e CAMACHO, Luiz Antonio Bastos. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.3

VALORES E PRINCÍPIOS

Número total de exames de ressonância magnética, realizados em hospitais e na atenção ambulatorial, por 1.000 habitantes no ano de 2013 (ou mais recente), para os países membros e parceiros da OCDE.



Fonte: OECD (2015b), SIP/ANS/MS - 03/2016 e SIB/ANS/MS - 03/2016

Nota: A barra em verde é a média da OCDE e a em azul petróleo representa o número de exames de ressonância magnética realizados em regime ambulatorial por 1.000 beneficiários da Saúde Suplementar (planos que incluem a segmentação ambulatorial) em 2015.

“PACIENTE EM PÉ É QUE DÁ LUCRO”

“DEITADO, SÓ DÁ PREJUÍZO”

“Paciente em pé é que dá lucro”

Na esteira de uma política voraz de aquisições, o valor dos ativos do grupo que reúne as operadoras de planos de saúde Assim e Memorial cresceu mais de dez vezes nos últimos dez anos, chegando a R\$ 1,1 bilhão em 2017.

“Paciente em pé é que dá lucro”, diz presidente da empresa, que se expandiu a partir da verticalização das operações e privilegiando procedimentos de baixa complexidade (como exames e consultas).

“Deitado, só dá prejuízo”, acrescenta, referindo-se a procedimentos de alta complexidade, como internações e cirurgias.

Ver matéria completa através do link <http://www.valor.com.br/empresas/5590793/paciente-em-pe-e-que-da-lucro> (Rodrigo Carro - Valor Online) Planserv pede à SSP-BA investigação para

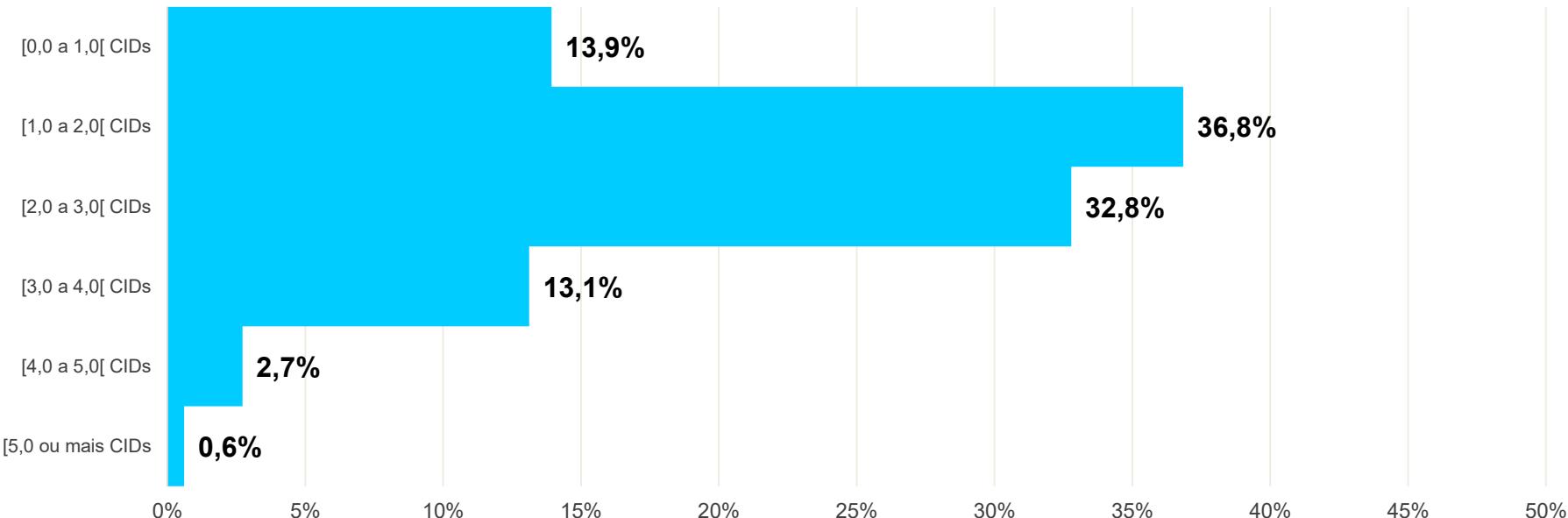


INTEGRALIDADE

COMPREHENSIVENESS

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE CIDs REGISTRADOS POR CONSULTA, ENTRE OS MÉDICOS DA APS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, EM 2015 (n = 2.462 médicos)

MEDIUM DISTRIBUTION OF THE CIDs NUMBER REGISTERED BY CONSULTATIONS, BETWEEN THE DOCTORS OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE RIO DE JANEIRO COUNTY, IN 2015 (n = 2.462 doctors)



Média municipal: 2,10 CIDs registrados por consulta

PROMOÇÃO DA SAÚDE – ACADEMIA CARIOCA

HEALTH PROMOTION – CARIOCA ACADEMY

Principais resultados

- **96% PA controlada**
- **19% deixaram de tomar medicação**
- **81% reduziram IMC**



Principais resultados

- **96% PA controlada**
- **19% deixaram de tomar medicação**
- **81% reduziram IMC**

Característica

- 118 aparelhos
- 119 professores de educação física
- 106.722 usuários regulares
 - **73% Mulheres**
 - **81% hipertensos**
 - **27% diabéticos**
 - **79% sobre peso**

Característica

- 118 aparelhos
- 119 professores de educação física
- 106.722 usuários regulares
 - **73% Mulheres**
 - **81% hipertensos**
 - **27% diabéticos**
 - **79% sobre peso**

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FARMACEUTICAL ASSISTENCY



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Para o fornecimento de remédios é necessário que esteja escrito na receita a data de nascimento, o número do CPF (obrigatório para maiores de 16 anos) ou o número da DNV (para menores de 16 anos). Estes números de identificação estão no seu cadastro.
- As receitas de medicamentos para doenças crônicas, anti-concepcionais e medicamentos de uso continuado poderão ter validade de até 1 ano, de acordo com a prescrição. Esta validade **não se aplica** às prescrições de medicamentos psiquiátricos.
- Na farmácia da sua Unidade de Saúde você vai encontrar:
 - ✓ A lista de medicamentos oferecidos na própria Unidade;
 - ✓ A lista de medicamentos de uso restrito disponíveis nas Policlínicas ou Unidades de Referência de cada área da cidade;
 - ✓ Orientações sobre como obter medicamentos excepcionais, caso venha a presquisar (Rio Farms)
- A Unidade deve oferecer preservativos em local visível e acessível.
- Material para o cuidado do diabetes e curativos crônicos somente poderão ser fornecidos em quantidade pela farmácia, mediante apresentação de receita com número de CPF. A fita de glicemia é fornecida apenas para pacientes que usam insulina.

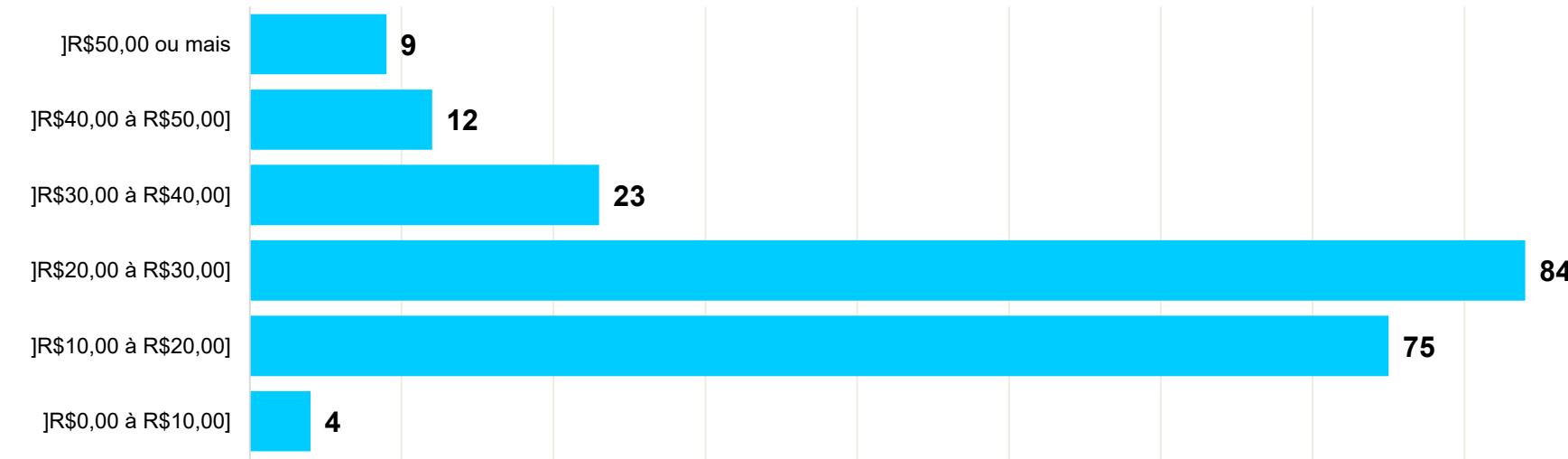


SILVA, Rondineli Mendes da; PEREIRA, Nathalia Cano; MENDES, Luiz Villarinho Pereira e LUIZA, Vera Lucia. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5

**DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE UNIDADES DA APS DE ACORDO COM CUSTO
MÉDIO DE SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA POR USUÁRIO
(INCLUINDO MEDICAMENTOS REMUME)**

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – 3º TRIMESTRE/2016 (n = 207 UNIDADES)

DISTRIBUTION OF THE NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE UNITIES ACCORDING TO THE MEDIUM COAST OF THERAPY AND DIAGNOSIS SUPPORT SERVICES BY USERS (INCLUDING REMUME MEDICINES) - RIO DE JANEIRO QUARTER - 3º TRIMESTER/2016 (N = 207 UNITIES)



Custo médio entre as unidades de saúde analisadas: R\$30,93

Fonte: Prontuários Eletrônicos | jul-ago-set/2016

PCATool-Brasil

RIO DE JANEIRO (2013)



REFORMA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO - AVALIAÇÃO DOS PRIMEIROS TRÊS ANOS DE CLÍNICAS DA FAMÍLIA

Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro

Erno Harzheim
Organizador

Série Técnica Inovação na Gestão



Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/telessauders/materiais/por-classificacao-ciap/pca-tool-rio/view?searchterm=pca>

Disponível em:
<https://www.ufrgs.br/telessauders/producao/reforma-atencao-primaria-rio-janeiro-primeiros-tres-anos-clinicas-da-familia/>

Harzheim (org). Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.



Harzheim (2013)

Recomendações:

- a) Radicalizar o processo de reforma em direção às Clínicas da Família. *(grifo nosso)*
- b) Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família. Extinguir unidades do modelo C e evitar aumento de unidades do modelo B.
- c) Diminuir progressivamente território das unidades dos modelos B e C, com criação contígua de unidades do modelo A, transferindo médicos especialistas das unidades B e C para Policlínicas, oferecendo melhorias no seu processo de trabalho, aliado a papel de matrículamento. As Policlínicas devem ter todas as suas consultas ofertadas no SISREG, sem oferta de consultas para especialidades básicas com acesso direto da população.
- d) Manter incentivo à inovação em APS, aumentando escopo de ações e apropriação tecnológica na ESF.
- e) Fortalecer adesão à "Carteira de Serviços"; monitorar adesão à "Carteira" por equipe de Saúde da Família; e monitorar a produção dessas ações quantitativamente.
- f) Manter e reforçar iniciativas de educação continuada e captação de bons profissionais, especialmente os médicos de família e comunidade.
- g) Valorizar o papel da enfermeira, para otimizar em número o atendimento da população adscrita, inclusive na agenda de crônicos.
- h) Obter transparência no quantitativo total de oferta de consultas/procedimentos especializados junto aos hospitais, alocando todo o conjunto de oferta direcionado ao Rio de Janeiro no SISREG. Criar incentivos financeiros de melhor pagamento das consultas/procedimentos especializados mais necessários identificados via SISREG aos hospitais que abrirem toda a sua oferta ao SISREG.
- i) Criar mecanismos de coordenação assistencial, aliados a mecanismos de pagamento por desempenho aos hospitais que aderirem a um processo de trabalho coordenado pela APS, a fim de reforçar o papel coordenador e ordenador da APS.
- j) Integrar prontuário eletrônico da APS aos sistemas de informação de segundo e terceiro nível assistencial, e ao SISREG.
- k) Incorporar, com maior intensidade, indicadores de monitoramento no dia a dia da gestão da Unidade; principalmente, dados sobre nº consulta médica/médico/dia, variabilidade diagnóstica, taxas de encaminhamentos e de solicitação de exames. Isso provavelmente implicará na exigência de se realizar melhorias nos sistemas de informação originados dos prontuários eletrônicos, bem como em maior capacitação dos profissionais a fim de qualificar seus registros.
- l) Fortalecer comissão de regulação local e sistema de pagamento por desempenho, com incorporação de uso de indicadores e protocolos clínicos que aumentem a qualidade assistencial.
- m) Ampliar escopo do 'Protocolo para o Regulador', incluindo os exames (mamografia e ecografias, por exemplo) e especialidades mais solicitados.
- n) Incorporar aos indicadores de desempenho algumas prioridades em saúde, como sífilis congênita, saúde mental e cobertura de mamografias.
- o) Garantir legalmente o papel executor das OSS, e reforçar ainda mais o papel gestor da SMS-RJ, com manutenção da contratação de profissionais para o modelo A por meio da CLT.

AVALIAR E COMPARTILHAR SEMPRE

EVALUATE AND SHARE ALWAYS



Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro

(Themes and Reform of Primary Health Care (RCAPS) in the city of Rio de Janeiro, Brazil)

Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas

(The historical trajectory of the city of Rio de Janeiro's health system: 1916-2015. One hundred years of innovations and achievements.)

Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – PCATool

(Assessment of child and adult users according to the degree of orientation to Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil)

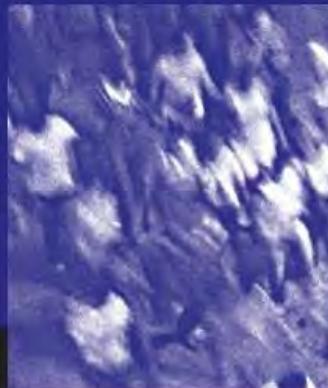
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320160005&lng=pt&nrm=iso

AVALIAR E COMPARTILHAR SEMPRE

“SISTEMAS COMPARADOS DE SAÚDE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS CIDADES DE LISBOA E RIO DE JANEIRO”

ABRASCO
Associação Brasileira
de Saúde Coletiva

volume 22 número 3
março 2017
ISSN 1413-8123



Ciência & Saúde Coletiva

Sistemas comparados de Saúde: Atenção Primária
à Saúde nas cidades de Lisboa e do Rio de Janeiro

Comparative Health Systems: Primary Health Care
in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro

Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados,

Daniel Soranz; Luís Augusto Coelho Pisco

Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família – essência e semelhanças

Eunice Carrapico; João Henrique Vaz Ramires; Victor Manuel Borges Ramos

Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal

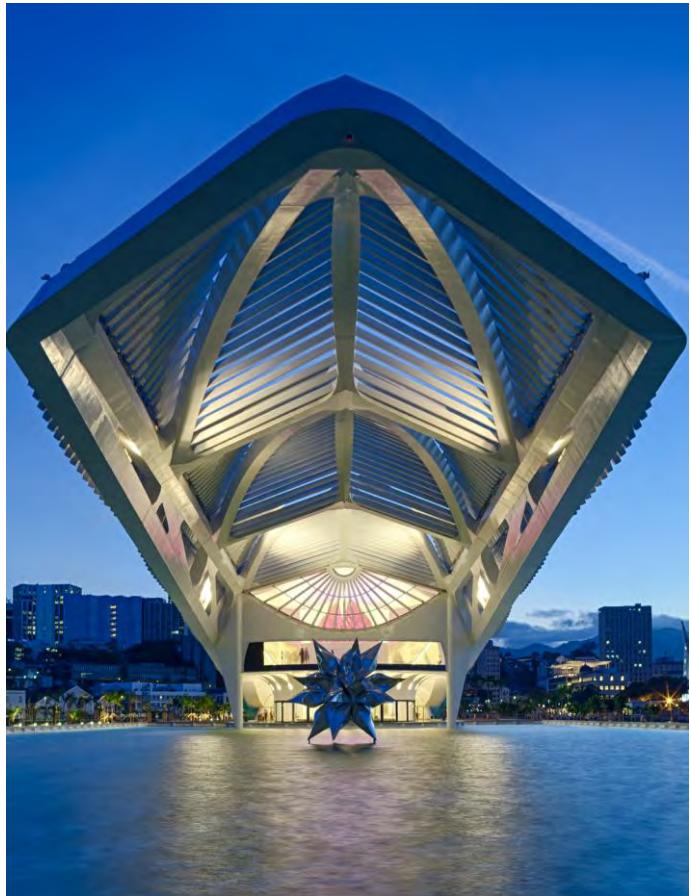
Baltazar Monteiro; Fátima Candoso; Magda Reis; Sónia Bastos

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1413-8123&lng=pt&nrm=iso

AVALIAR E COMPARTILHAR SEMPRE ALGUNS RESULTADOS

1. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLOS Medicine*. 30 de maio de **2017**;14(5):e1002306.
2. Meaney-Delman D, Hills SL, Williams C, Galang RR, Iyengar P, Hennenfent AK, et al. Zika Virus Infection Among U.S. Pregnant Travelers — **August 2015–February 2016**. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* [Internet]. 26 de fevereiro de 2016 [citado 13 de março de 2016];65(08). Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6508e1er.htm>
3. Durovni B, Saraceni V, Puppin MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Oxf)*. 10 de setembro de **2018**;40(3):e359–66.
4. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 3 de julho de **2014**;349:g4014.
5. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública*. **abril de 2015**;31:744–54.

Onde queremos chegar em 2030



- Brasileiros tem a maior expectativa de vida das Américas!
 - Redução de leitos hospitalares ocorre espontaneamente devido melhoria da resolutividade do SF.
 - Prontuários das ESF tornam-se principal referência para pesquisa clínica e construção de protocolos terapêuticos.
 - “Fichas A” são uma das principais fontes de informação para formulação de Políticas Intersetoriais .
 - Redução expressiva nas desigualdades entre os indicadores sociais.
-
- *Citizens have the biggest life expectation*
 - *The downsize of the hospital beds occur espontaneously due to the improve of the Primary Care.*
 - *The Family Strategy records become the prime reference to clinical research and construction of therapeutic protocols.*
 - *“A Files” are one of the prime soucers of informations to formulate intersectoral policies.*
 - *Expressive reduction in the inequalities between the social indicators.*

OBRIGADO!

THANK YOU!



“Não se pode medir o crescimento ou o desenvolvimento de um país sem levar em conta o que realmente acontece na vida das pessoas. Desenvolvimento econômico precisa significar desenvolvimento do bem-estar social.”

Amartya Sen

Um Rio de Saúde:
<https://www.youtube.com/watch?v=j13kDwrftpg>



Daniel Soranz

Médico de família e Comunidade
Professor;/ pesquisador
Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ
Ministério da saúde Brasil
(soranz@fiocruz.br)